

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Ośrodka Wsparcia o charakterze Rodzinych Domów „Kalina”, Środowiskowego Ośrodka Wsparcia „Kalina”, Centrum Rozwoju i Integracji Społecznej Osób z Niepełnosprawnością Intellektualną :

.....

2. Pesel .....

.....

3. Rozpoznanie .....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Ewentualne przeciwwskazania do umieszczenia w w/w Ośrodkach Wsparcia/jakie?/

.....

.....

.....

.....

*/miejsowość i data/*

*/pieczęć i podpis lekarza/*