Załącznik nr 2

…….

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego
indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO ZAMIESZKANIA GRUPOWEGO

Oświadczam, że Pan/Pani…….....

(imię i nazwisko)

PESEL……

- nie posiada chorób zakaźnych, które stanowiłyby przeciwwskazanie do zamieszkania grupowego;

- nie występują schorzenia somatyczne, które stanowiłyby przeciwskazania do zamieszkania grupowego;

- nie występują/występują* problemy lokomocyjne (jakie?) ……..,

które wymagają dostosowania przestrzeni mieszkania do potrzeb w/w osoby.

Podpis lekarza

……..

**niepotrzebne skreślić*