

.....dnia .....

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/adres/

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani.....

zam. ....

*nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa/ ma przeciwwskazania do uczestnictwa / w zajęciach terapeutycznych prowadzonych w Ośrodku Wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Jaworze.*

Informacja o stanie zdrowia pacjenta.....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
/pieczętka i podpis lekarza rodzinnego

\* *nie potrzebne skreślić*