Załącznik nr 2 do Regulaminu

postępowania rekrutacyjnego

do Dziennego Domu Pomocy

Społecznej w Centrum Usług

Społecznych w Opolu Lubelskim

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Opolu Lubelskim:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

 dysfunkcja narządu ruchu

 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

 dysfunkcja narządu słuchu

 dysfunkcja narządu wzroku

 choroba psychiczna

 upośledzenie umysłowe

 padaczka

 schorzenia układu krążenia

 inne (jakie?) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w DDPS\*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………… …………………………………..

*(miejscowość i data) (pieczęć i podpis lekarza )*

\*właściwe zakreślić