……………………… Załącznik nr 5 do *Regulaminu rekrutacyjnego*

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**Wniosek o przyznanie pomocy w formie pobytu w mieszkaniu treningowym - zaświadczenie lekarskie.**

**Pan/i** …………………………………………………………………………….........................

**Urodzona/y** ……………………………………………………………………………………..

**Zamieszkała/y**…………………………………………………………………………………..

 .. …………………………………………………………………………………

**Rozpoznanie choroby zasadniczej**

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

**Choroby współistniejące, przebyte operacje**

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

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

**Uczulenia**

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

**Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny**

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

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

**Sprawność w zakresie lokomocji**

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

………………………… ……………………

 data badania lekarskiego podpis i pieczęć lekarza

Zaświadczenie wydaje się do realizacji celów pomocy społecznej.

\* niepotrzebne skreślić