*Miejscowość, data*

*Pieczęć poradni*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

**Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego:**

 **…………………………………………………………………………………………………………**

**PESEL: ………………………………………………………………………………………………**

**Miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………………………..**

**Określenie stanu zdrowia i możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach COM, biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia *(należy zaznaczyć właściwe):***

1. **Brak przeciwwskazań do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach COM.**
2. **Istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach COM.**

**Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie:**

1. **Brak przeciwwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie**

**- porusza się samodzielnie;**

**- porusza się przy pomocy laskim, kuli, chodzika;**

**- porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego.\***

1. **Istnieją przeciwwskazania** w **zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie.**

*(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)*

* *właściwe podkreślić*