***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*