

Załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego  
Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w placówkach:  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych  
i niesamodzielnym w Skawinie  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych  
i niesamodzielnym w Jurczycach  
prowadzonych w ramach projektu pn.  
„Rozwój i funkcjonowanie placówek wsparcia dla  
osób starszych i niesamodzielnym w Gminie Skawina

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pan/Pani

ubiegający/a się o przyjęcie do:

Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych i Niesamodzielnym w Skawinie

Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych i Niesamodzielnym w Jurczycach

**Najważniejsze informacje o stanie zdrowia niezbędne w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel placówki, bądź udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia uczestnika<sup>1</sup>:**

---

---

---

---

**Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego uczestnika, bądź ograniczenia w tym zakresie:**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko lekarza prowadzącego

<sup>1</sup> Określenie występowania, bądź nie choroby otępiennej lub jej objawów