……………………………………….. Łódź dn. ……………………………………

/pieczęć adresowa poradni/

Zaświadczenie lekarskie

( wypełnia lekarz internista )

Zaświadczam, że stan zdrowia Pana/Pani …………………………………………………………………………………………….

zam………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nie stanowi przeciwskazań do uczestnictwa w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy TYP A

prowadzonego przez Stowarzyszenie Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi ich Rodzin i Przyjaciół POMOST w Łodzi, przy ul. Próchnika 7.

………………………………………………..

Podpis i pieczęć lekarza