……………………………………….. 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