……. 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