

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że moim opiekunem na turnusie będzie

.....
(imię i nazwisko)

Równocześnie oświadczam, że opiekun:

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie,
- nie jest osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby,
- ukończył 18 lat*
- ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny*.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

* właściwe podkreślić