

## **Zaświadczenie o konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko .....

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"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 |  |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)                              |  |

.....  
.....

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie – uzasadnienie**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* Właściwie zaznaczyć

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza)