



## STOWARZYSZENIE „OLIGOS”

NA RZECZ DZIECI, MŁODZIEŻY ORAZ ABSOLWENTÓW  
SPECJALNEGO ZESPOŁU SZKOLNO - PRZEDSZKOLNEGO  
44-217 RYBNIK, UL. HIBNERA 41

---

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

Zaświadcza się, że Pan(i) .....  
ur. .... zamiesz. ....  
leczy się w tutejszej poradni.  
Stan zdrowia Pacjenta/Pacjentki jest .....  
i nie istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy.

.....  
miejsowość      data

.....  
podpis lekarza

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY / NEUROLOGA

Zaświadcza się, że Pan(i) .....  
ur. .... zamiesz. ....  
jest osobą, u której występują zaburzenia psychiczne i wskazane jest uczestnictwo w zajęciach ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi - Środowiskowego Domu Samopomocy.

.....  
miejsowość      data

.....  
podpis lekarza