

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego  
indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

**ZAŚWIADCZENIE  
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH  
DO ZAMIESZKANIA GRUPOWEGO**

Oświadczam, że Pan/Pani.....  
(imię i nazwisko)

PESEL.....

- nie posiada chorób zakaźnych, które stanowiłyby przeciwwskazanie do zamieszkania grupowego;
- nie występują schorzenia somatyczne, które stanowiłyby przeciwwskazania do zamieszkania grupowego;
- nie występują/występują\* problemy lokomocyjne (jakie?) .....,  
które wymagają dostosowania przestrzeni mieszkania do potrzeb w/w osoby.

Podpis lekarza

.....

\*niepotrzebne skreślić