

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Pesel: .....

Zamieszkały(a): .....

Cel wydania zaświadczenia:.....

**Nie stwierdza się przeciwwskazań do przebywania w ośrodku wsparcia z całodobowymi miejscami okresowego pobytu w Toruniu.**

Toruń, dnia