



Charita
Valašské Meziříčí

Azylový dům pro matky s dětmi

**POTVRZENÍ LÉKAŘE PRO ŽADATELE O POBYTOVOU
SOCIÁLNÍ SLUŽBU AZYLOVÉHO DOMU PRO MATKY S
DĚTMI**

OSOBA:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Žádáme o vyjádření ke zdravotnímu stavu výše uvedené osoby (vyplní lékař)

Zdravotní stav osoby v současné době vyžaduje/nevyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení *Nehodící se škrtněte

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

Osoba je schopna pobytu v zařízení sociálních služeb/není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci *Nehodící se škrtněte

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

Chování osoby by mohlo/nemohlo závažným způsobem narušovat kolektivní soužití (např. z důvodu duševního onemocnění) *Nehodící se škrtněte

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

Poznámka lékaře:

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

V dne

Razítko a podpis lékaře:.....