

**Vyjádření lékaře k žádosti o poskytování sociální služby denní stacionáře.**

(Cílovou skupinou pro tuto službu jsou osoby s mentálním postižením od 11 do 64 let)

**Jméno a příjmení zájemce:**

**Vyjádření lékaře:**

Zájemce spadá do cílové skupiny: **ANO – NE**

Doporučuji využívat sociální službu denní stacionáře: **ANO - NE**

Jiná důležitá sdělení a doporučení lékaře k průběhu poskytování výše uvedené sociální služby:

 datum, razítko a podpis lékaře