

INFORME MÉDICO DO/A SOLICITANTE

Recoñecemento efectuado polo/a

Dr./a _____

Nº Colexiado/a _____ médico/a de _____

a D./Dª _____

INFORMA:

- Válese por si mesmo/a para as actividades da vida diaria e atópase en condicións de asistir a este Programa que durará 10 días SI NON
- Padece enfermidade infecto-contaxiosa activa SI NON
- Padece trastornos mentais ou condutuais que poidan alterar a convivencia SI NON
- Presenta na actualidade algunha enfermidade ou lesión que lle impida participar neste programa con autonomía persoal SI NON
- Outros datos de interese (tipo de dieta que precisa, tratamentos, alerxias alimentarias, necesidades especiais)

_____, _____ de _____ de _____

sinatura:

INFORME MÉDICO DO CÓNXUXE (se é o caso)

Recoñecemento efectuado polo/a

Dr./a _____

Nº Colexiado/a _____ médico/a de _____

a D./Dª _____

INFORMA:

- Válese por si mesmo/a para as actividades da vida diaria e atópase en condicións de asistir a este Programa que durará 10 días SI NON
- Padece enfermidade infecto-contaxiosa activa SI NON
- Padece trastornos mentais ou condutuais que poidan alterar a convivencia SI NON
- Presenta na actualidade algunha enfermidade ou lesión que lle impida participar neste programa con autonomía persoal SI NON
- Outros datos de interese (tipo de dieta que precisa, tratamentos, alerxias alimentarias, necesidades especiais)

_____, _____ de _____ de _____

sinatura: