



Fundusze Europejskie  
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik nr 3 do Regulaminu

.....

Data wystawienia

## ZAŚWIADCZENIE

Kieruję na indywidualne zabiegi rehabilitacyjne:

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu pn. „Zdrowo Zakręcenii”

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Data konsultacji: \_\_\_\_\_

Zalecenia fizjoterapeuty:

1. Diagnoza: \_\_\_\_\_

2. Inne uwagi lub zalecenia:

Pieczętka i Podpis fizjoterapeuty: \_\_\_\_\_