

Přihláška na intenzivní rehabilitaci

Jméno a příjmení žadatele - účastník terapie				
Adresa				
Identifikační údaje	RČ:	č.OP:		
Držitel průkazu (nehodící škrtněte)	TP	ZTP	ZTP/P	Číslo průkazu:
Jméno a příjmení zákonného zástupce adresa - pokud se liší (pouze v případě je-li žadatel nezletilý)				
Kontaktní údaje	Tel. č.:	e-mail:		
Jméno a příjmení ošetřujícího ortopeda/rehabilitačního lékaře				
Adresa lékaře				
Telefon lékaře				

V

dne

Podpis žadatele

Podpis zákonného zástupce