



Legeattest

Følgjekort for funksjonshemma

Namn: _____

Adresse: _____

Postnr/Stad: _____

Fødselsdato: _____

Telefon privat: _____ **Telefon arbeid:** _____

Diagnose: _____

Kvifor treng søkjar følgjekort:

Dato: _____

Lege: _____

Sendast til:

Konsulent for menneske med nedsett funksjonsevne
Gaupne omsorgssenter
6868 Gaupne