

SØKNAD OM BRUK AV TERAPIBASSENGET

Søkers navn: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Postnr og -sted: _____

Hvilken leger anbefaler/henviser: _____

Antall personer i gruppe

Navn: _____ Navn: _____

Navn: _____ Navn: _____

Navn: _____ Navn: _____

Navn: _____ Navn: _____

Kort beskrivelse dersom du/dere ikke kan delta i gruppe: (ny legeattest må da vedlegges.)

Angi ønsket dag og klokkeslett:

1. prioritet. Dag: _____ Klokkeslett _____

2. prioritet. Dag: _____ Klokkeslett _____

3. prioritet. Dag: _____ Klokkeslett _____

4. prioritet. Dag: _____ Klokkeslett _____

5. prioritet. Dag: _____ Klokkeslett _____

Kort beskrivelse dersom du/dere ikke kan delta i gruppe: (ny legeattest må da vedlegges.)

Sted: _____ Dato _____ Underskrift: _____