|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dokumentasjon av likepersonsarbeid utført i 2019**Navn på lokallag:** |  |  |
| Den ansvarlige likepersonen for aktiviteten: *(Sett kryss)* Har selv en revmatisk sykdom  Er pårørende til en med revmatisk sykdom | **Navn og adresse for Likepersonen:** |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dato** | **Varighet** **(fra kl - til kl)** | **Beskrivelse av aktivitet og om det er samtalegruppe, treningsgruppe, oppsøkende aktivitet, hjemmebesøk, kurs, aktivitetsgruppe (f.eks trening i sal/vann)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |  |