|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |