

pieczęć placówki ochrony zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące skierowania braku przeciwwskazań do uczestnictwa w
Dziennym Domu „Senior +”

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Zamieszkały/a.....

Stwierdzam:

1. brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w Wołominie:

TAK NIE

2. wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu „Senior +” w Wołominie:

Ruchowych (kinezyterapii) TAK NIE Sportowo-rekreacyjnych TAK NIE Aktywizujących TAK NIE

- w odpowiednią kratkę wstawić **X**

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie