

Załącznik do zarządzenia Nr ..
Do Regulaminu Pobytu
w Dziennym Domu Senior + w Lyskach

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię nazwisko.....

Data urodzenia.....

Zamieszkały/zamieszkała.....

.....

Stwierdzam:

1.) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Senior + w Lyskach

2.) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu Senior + w Lyskach tj.:

- ruchowych (kinezyterapii)

- sportowo – rekreacyjnych

- aktywizujących

.....

/Data, pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/

Właściwe pole zaznaczyć „X”