

.....
(pieczęć przychodni lekarskiej)

.....
(miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

PESEL

Zamieszkały/a

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo- rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Senior+ w Przeworsku:*

tak

nie

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu Senior+ w Przeworsku w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii)*

sportowo-rekreacyjnych*

aktywizujących*

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)