

pieczęć placówki ochrony zdrowia

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące skierowania braku przeciwwskazań do uczestnictwa w Dziennym Domu „Aktywny 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 „Aktywny Senior” w Jaskowej Górnej 71:

TAK

NIE

2. wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu „Aktywny Senior” w Jaskowej Górnej 71

Ruchowych (kinezyterapii)

TAK

NIE

Sportowo-rekreacyjnych

TAK

NIE

Aktywizujących

TAK

NIE

• w odpowiednią kratkę wstawić X

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie