*Załącznik Nr 2 do Szczegółowego*

*Regulaminu Dziennego Domu „Senior +”*

*w Sulęcinie*

……………………………….

pieczątka przychodni lekarskiej

Sulęcin, dnia ………………………

**Zaświadczenie lekarskie**

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 Sulęcinie:\*

□ tak □ nie

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Sulęcinie w zajęciach:

□ ruchowych (kinezyterapii)\*

□ sportowo-rekreacyjnych\*

□ aktywizujących\*

\*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

………………….………………….……………

/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/