*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/