



Załącznik Nr 2 do Szczegółowego
Regulaminu Dziennego Domu „Senior+”
w Sulęcinie

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

Sulęcín, 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 Sulęcínie:*

tak

nie

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

ruchowych (kinezyterapii)*

sportowo-rekreacyjnych*

aktywizujących*

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/