



Załącznik nr 2 do Regulaminu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Dziennego „Senior+” w Krotoszynie											
Imię											
Nazwisko											
PESEL											
Adres zamieszkania											

Zaświadczam, że u w/w osoby*:

- brak jest przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w Krotoszynie;
- wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu „Senior +” w Krotoszynie w zajęciach:
 - ruchowych (kinezyterapii)
 - sportowo-rekreacyjnych
 - aktywizujących.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”