Załącznik nr 2
 do Regulaminu
 Dziennego Domu „Senior+”

…………………………………..

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu „Senior+” w Nowej Soli:

Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania ………………………..…………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………………………………………………..

Zaświadczam, że u w/w osoby:

|  |
| --- |
|  |

brak przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących.

|  |
| --- |
|  |

występują przeciwskazania do uczestnictwa w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących.

Nowa Sól, ………………………… ……………..……………………....

 pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

( ...) właściwe pole zaznaczyć X,