

.....
/pieczęć ośrodka zdrowia/

.....
/miejsowość, data/

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+” z siedzibą w Bieruniu,

tak

nie

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

- 2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu „Senior+” z siedzibą w Bieruniu:

ruchowych (kinezyterapii)*

sportowo – rekreacyjnych*

aktywizujących*

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

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