Załącznik Nr 2 do Regulaminu

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

SENIOR +

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. .....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do DD „Senior +" w Szczutowie)

2. .....
miejsce zamieszkania data urodzenia

3. Nie istnieją / istnieją* przeciwwskazania zdrowotne do udziału w zajęciach aktywizujących, będących w ofercie Dziennego Domu „Senior +" w Szczutowie.

4. Nie istnieją / istnieją* przeciwwskazania zdrowotne do udziału w zajęciach ruchowych, kinezyterapii i sportowo – rekreacyjnych będących w ofercie Dziennego Domu „Senior +" w Szczutowie.

.....
podpis i pieczątka lekarza

.....
data i miejscowość

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu Wieloletniego „Senior+" na lata 2015-2020