

.....
(pieczęć placówki ochrony zdrowia)

.....
(miejscowość data)

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko,
data urodzenia,
zamieszkały/a

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/
sportowo – rekreacyjnych w Dziennym Domu „Senior +” w Szczutowie:

*tak nie

2) brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach aktywizujących będących
w ofercie Dziennego Domu „Senior +” w Szczutowie:

*tak nie

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”