Załącznik nr 3 do Zrządzenia nr 19/2020

z dnia 25.02.2020 r.

Pieczątka placówki ochrony zdrowia

…………………….., dnia ..................

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące skierowania braku przeciwwskazań do uczestnictwa w Dziennym Domu Seniora w Wieprzu

Imię i nazwisko

…..……………………………………………………………………………………..

Data urodzenia

.…………………………………………………………………………………………

Adres

………………………………………………………………………………………….

Stwierdzam:

1. Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Seniora w Wieprzu:

TAK □ NIE □

2. Wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu Seniora w Wieprzu

Ruchowych (kinezyterapii)

TAK □ NIE □

Sportowo-rekreacyjnych

TAK □ NIE □

Aktywizujących

TAK □ NIE □

• w odpowiednią kratkę wstawić X

..........................................................

pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie