

Ożarów, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior+” / Klubie „Senior+” w Ożarowie* ☐

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” / Klubu „Senior+” w Ożarowie* w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii)* ☐

sportowo – rekreacyjnych* ☐

aktywizujących* ☐

**właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”*

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