

Ojrzeń, dnia .....

### 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+”

w Ojrzeniu\*

- 2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Ojrzeniu w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii)\*

sportowo-rekreacyjnych\*

aktywizujących\*

\*właściwe pole  zaznaczyć znakiem „X”

.....  
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia/