

## 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 Słubicach\*

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior +” w Słubicach tj.:

- ruchowych (kinezyterapii)\*

- sportowo – rekreacyjnych\*

- aktywizujących\*

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

\*właściwe pole zaznaczyć „X”