

…………………….., dnia ..................

pieczątka placówki ochrony zdrowia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

dotyczące skierowania do uczestnictwa w Dziennym Domu „Senior+” w Dębnie

Imię i nazwisko …..…………………………………………………………………………………….

Data urodzenia .…………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………

Pesel ………………………………………………………………………………………………….…

Stwierdzam:

1. brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior+” w Dębnie:

TAK □ NIE □

1. wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu ” Senior+” w Dębnie

Ruchowych (kinezyterapii)

TAK □ NIE □

Sportowo-rekreacyjnych

TAK □ NIE □

Aktywizujących

TAK □ NIE □

1. sprawność w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie

TAK □ NIE □

• w odpowiednią kratkę wstawić X

.......................................................... pieczęć i podpis lekarza rodzinnego

wystawiającego zaświadczenie

*ZADANIE REALIZOWANE W RAMACH PROGRAMU WIELOLETNIEGO „SENIOR+” NA LATA 2021-2025*