



....., dnia

pieczęć 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

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

Ruchowych (kinezyterapii)

TAK

NIE

Sportowo-rekreacyjnych

TAK

NIE

Aktywizujących

TAK

NIE

3. sprawność w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie

TAK

NIE

- w odpowiednią kratkę wstawić X

.....
pieczęć i podpis lekarza rodzinnego
wystawiającego zaświadczenie