

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Zamieszkały/a

Stwierdzam:

1. Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu "Senior+" w Pyskowicach.

2. Wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu "Senior+" w Pyskowicach w zajęciach:

sportowych*

rekreacyjnych*

aktywizujących*

Ogólne informacje o stanie zdrowia (zdiagnozowane choroby, uczulenia, przyjmowane leki, itp.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* właściwe zaznaczyć "X"

.....

pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie