Luboń, dn……………………………

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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

Adres…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/ sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior – WIGOR” w Luboniu\* ⎕

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału zajęciach Dziennego Domu „Senior – WIGOR” w Luboniu w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii)\* ⎕

sportowo – rekreacyjnych\* ⎕

aktywizujących\* ⎕

\*właściwe pole ⎕ zaznaczyć znakiem „X”

………………………………………………………………..…….

/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia/