



....., dnia .....

pieczęć placówki ochrony zdrowia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące skierowania braku przeciwwskazań do uczestnictwa w Dziennym Domu „Senior+”  
w Ząbkowicach Śląskich

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+” w Ząbkowicach  
Śląskich:

TAK

NIE

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

Ruchowych (kinezyterapii)

TAK

NIE

Sportowo-rekreacyjnych

TAK

NIE

Aktywizujących

TAK

NIE

• w odpowiednią kratkę wstawić X

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

ZADANIE REALIZOWANE W RAMACH PROGRAMU WIELOLETNIEGO „SENIOR+” NA LATA 2015-2020