



.....
data

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 Chodlu*
- 2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w następujących zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Chodlu:
 - sportowych*
 - rekreacyjnych*
 - aktywizujących*
 - basen *

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* Właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

- Zajęcia sportowe i rekreacyjne (gimnastyka, zajęcia terenowe - spacer, taniec, itp.).
- Zajęcia aktywizujące (gry zespołowe, zajęcia terenowe, wyjazdy - wycieczki, itp.).