

.....
(pieczęć nagłówkowa podmiotu wystawiającego zaświadczenie)

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Zamieszkały/a

Stwierdzam:

1) **brak przeciwwskazań medycznych** do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Bartoszykach *.

2) **wystąpienie przeciwwskazań medycznych** do udziału w następujących zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Bartoszykach:

- zajęciach o charakterze edukacyjnym i kulturalnym oraz terapii zajęciowej *

- zajęciach w zakresie aktywności ruchowej *

- imprezach o charakterze integracyjnym: pikniki, wycieczki, spotkania okolicznościowe i międzypokoleniowe *

* **proszę zaznaczyć właściwe pole**

Bartoszyce, dn.

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)