Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji Dziennego Domu „Senior+” w Libiążu

……………………………….. ……………………………….

(pieczątka przychodni lekarskiej) (miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie**

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

PESEL …………………………………………...……………………………………………..

Zamieszkały/a …..…………………………………………….……………………………………

**Stwierdzam:**

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo- rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior+” w Libiążu:\*

* tak □ nie

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu Senior+ w Libiążu w zajęciach:

□ ruchowych (kinezyterapii)\*

□ sportowo-rekreacyjnych\*

□ aktywizujących\*

\*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

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