



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji uczestników
do ośrodka wsparcia
- Dzienny Dom „Senior+” w Ustrzykach Dolnych

Ustrzyki Dolne, dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko.....

Adres:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Stwierdzam:

- 1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych w tym gimnastyki lub kinezyterapii w Dziennym Domu „Senior+” w Ustrzykach Dolnych*
- 2) występują przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach ruchowych w tym gimnastyki lub kinezyterapii w Dziennym Domu „Senior+” w Ustrzykach Dolnych*

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* właściwe pole zaznaczyć X, niepotrzebne skreślić.