

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 w Dziennym Domu Pomocy „” w Ustrzykach Dolnych\*
- 2) występują przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach ruchowych w tym gimnastyki w Dziennym Domu „Akademia Bieszczadzkiego Seniora” w Ustrzykach Dolnych\*

.....  
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe pole zaznaczyć X, niepotrzebne skreślić.