

pieczęć placówki ochrony zdrowia



....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

dotyczące przyjęcia do Dziennym Domu Senior+ w Dębnie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres

Stwierdzam:

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

TAK ☐

NIE ☐

2. wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu Senior+ w Dębno*:

ruchowych (kinezyterapii)

TAK ☐

NIE ☐

sportowo-rekreacyjnych

TAK ☐

NIE ☐

aktywizujących

TAK ☐

NIE ☐

3. sprawność w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie*

TAK ☐

NIE ☐

.....
pieczęć i podpis lekarza rodzinnego
wystawiającego zaświadczenie

* w odpowiednią kratkę wstawić X