**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

I. Pan/Pani ……………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

osoba ubiegająca się o skierowanie do Dziennego Domu Senior + w Gryfinie może uczestniczyć w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii) – TAK /NIE\*

sportowo – rekreacyjnych – TAK / NIE\*

aktywizujących – TAK /NIE\*

II. Występują przeciwskazania / brak jest przeciwskazań \* do uczestnictwa w zajęciach Dziennego Domu Senior+

\*właściwe zakreślić

………………………………….. ……………………………

 (miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)