

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 przeciwwskazania / brak jest przeciwwskazań * do uczestnictwa w zajęciach Dziennego Domu Senior+

*właściwe zakreślić

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)