



.....  
Pieczęć nagłówkowa przychodni

Data i miejsce wystawienia: .....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dotyczące braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach oferowanych przez  
Dzienny Dom „Senior +” w Smólniku**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Choroby przewlekłe, dolegliwości .....

.....

.....

### **Stwierdzam:**

- brak przeciwwskazań medycznych do uczestnictwa w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w Smólniku\*
- wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach organizowanych przez Dzienny Dom „Senior+” w Smólniku\*:
- ruchowych (kinezyterapii)\*
  - sportowo-rekreacyjnych\*
  - aktywizujących\*

\*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....  
/pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie/

Wydatek współfinansowany w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025