

 **Załącznik nr 2 do Regulaminu DDS+**

……………………………………….
(pieczątka placówki ochrony zdrowia)

 …………………………………
 (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko ……………………………………………..

data urodzenia ………………………………………………

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………

1. brak przeciwwskazań do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w Panoszowie ul. Tysiąclecia 2\*

 tak ⎕ nie ⎕

1. występują przeciwwskazania do udziału w następujących zajęciach w Dziennym Domu „Senior+” w Panoszowie ul. Tysiąclecia 2:

 - ruchowych (kinezyterapii)\* tak ⎕ nie ⎕

 - sportowo – rekreacyjnych\* tak ⎕ nie ⎕

 - aktywizujących\* tak ⎕ nie ⎕

\*właściwe pole ⎕ zaznaczyć znakiem „X”

 ……………………………………………………………

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

***Projekt dofinansowany ze środków Programu Wieloletniego „Senior +”***

***na lata 2015-2020***