

Jelenia Góra, dnia

.....
(pieczęć POZ)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
NA POTRZEBY DZIENNEGO DOMU SENIOR+ W JELENIEJ GÓRZE
PRZY UL. ŁAZIENKOWSKIEJ 3**

Imię (imiona) i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Dziennego Domu Senior+:

.....

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....
.....

Schorzenia współistniejące:

- a) Choroba zakaźna: tak – nie, jeśli tak to jaka
b) Choroba psychiczna: tak nie, jeśli tak to jaka

Stwierdzam:

- 1) Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Senior+ w Jeleniej Górze *

TAK NIE

- 2) Wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu Senior+ w Jeleniej Górze

a) Ruchowych (kinezyterapii)* TAK NIE

b) Sportowo- rekreacyjnych*	TAK	NIE
c) Aktywizujących*	TAK	NIE

*proszę podkreślić właściwą odpowiedź

.....
*(podpis i pieczęć lekarza wystawiającego
zaświadczenie)*