Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji oraz zasad funkcjonowania Dziennego Domu „ Senior+ ” w Bytowie z dnia 01.12.2020 r.

pieczęć ośrodka zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

|  |
| --- |
| **Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do****Domu Dziennego „Senior+” w Bytowie** |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
2. Schorzenia współistniejące, przebyte zabiegi operacyjne
3. Przyjmowane leki (nazwa, dawkowanie)

Zaświadczam, że u w/w osoby\*:

* brak jest przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w Bytowie;
* występują przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach dziennego Domu „Senior+”:
* ruchowych (kinezyterapii)
* sportowo-rekreacyjnych
* aktywizujących.

Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Miejscowość i data

**\*właściwe pole Q zaznaczyć znakiem „X”**