

## Zaświadczenie lekarskie

Dla Pani/a:

.....

.....

*Imię i nazwisko*

.....

.....

*Adres zam.*

.....

*PESEL*

o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach w Dziennym Domu Senior +, a w szczególności w zajęciach aktywności ruchowej (kinezyterapii) i sportowo – rekreacyjnych.

Ewentualne uwagi lekarza:

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza