



Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Zamieszkały/a

Stwierdzam:

☐ Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior+” w Mławie.

lub

☐ Wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Mławie w zajęciach:

☐ sportowych*

☐ rekreacyjnych*

☐ aktywizujących*

Ogólne informacje o stanie zdrowia (zdiagnozowane choroby, uczulenia, przyjmowane leki, itp.)

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

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

