Przemyśl, dnia ……………………..

**Z a ś w i a d c z e n i e l e k a r s k i e**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………...

Adres …………………………………………………………………………………………...

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………….

Stwierdzam:

* brak przeciwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych w tym gimnastyki lub kinezyterapii w Dziennym Domu Senior + w Przemyślu (\*)
* występują przeciwskazania medyczne do udziału w zajęciach ruchowych w tym gimnastyki lub kinezyterapii w Dziennym Domu Senior + w Przemyślu (\*)

 ………………………………………………..

 (podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*(\*) właściwe pole zaznaczyć X*