Załącznik C do Wniosku

…….

(pieczęć nagłówkowa podmiotu wystawiającego zaświadczenie)

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko ……

Data urodzenia ……

Zamieszkały/a ……

Stwierdzam:

1) **brak przeciwwskazań medycznych** do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+" w Bartoszycach ☐ *.

2) **wystąpienie przeciwwskazań medycznych** do udziału w następujących zajęciach Dziennego Domu „Senior+" w Bartoszycach:

- zajęciach o charakterze edukacyjnym i kulturalnym oraz terapii zajęciowej ☐ *

- zajęciach w zakresie aktywności ruchowej ☐ *

- imprezach o charakterze integracyjnym: pikniki, wycieczki, spotkania okolicznościowe i międzypokoleniowe ☐ *

*** proszę zaznaczyć właściwe pole**

Bartoszyce, dn. ..... ……

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)