

Załącznik nr 2
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w ośrodku
wsparcia – Klubie „Senior+” w Krzynowłodze Małej
stanowiący załącznik do Zarządzenia
Nr 021.1.2020 Kierownika Gminnego
Ośrodka Pomocy
Społecznej z dnia 13 stycznia 2020 r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

.....

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/
sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie „Senior+” w Krzynowłodze Małej *

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Klubu „Senior+” w
Krzynowłodze Małej w zajęciach:

- ruchowych (kinezyterapii)*
- sportowo – rekreacyjnych*
- aktywizujących*

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia/