



Pleszew, dnia

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko,
data urodzenia,
zamieszkały/a

Stwierdzam:

**1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/
sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior – WIGOR” w**

Pleszewie*

**2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu
„Senior – WIGOR” w Pleszewie w zajęciach:**

ruchowych (kinezyterapii)*

sportowo – rekreacyjnych*

aktywizujących*

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

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