

Kaliska dn.,.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

.....

Data urodzenia

.....

Adres

.....

Ogólny stan zdrowia

.....

Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich/dawkowanie)

.....

Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie

.....

Uwagi uzupełniające i zalecenia

.....

Stwierdzam brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Klubie Seniora
przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kaliskach:

• ruchowych	
• informatyczno-komputerowych	
• ruchowo-tanecznych	
• jogi	
• nordic walking	
• rozwijających funkcjonowanie w życiu codziennym	
• rozwijających funkcjonowanie społeczne	

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/