

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w ośrodku wsparcia – Klubie „Senior+” w Mortągach stanowiący załącznik do Zarządzenia Nr 521/2018 Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 28 grudnia 2018r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres.....

Stwierdzam:

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

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

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

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....

/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia/

