

Załącznik Nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w ośrodku wsparcia – Klubie „Senior+” w Mortągach stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 610/2020 Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy Lubawa z dnia 2 stycznia 2020r.

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/

