Załącznik nr 2 Zaświadczenie lekarskie

Zaświadczenie lekarskie do udziału w zajęciach „Dziennego Domu Pomocy Senioralnej w Rybniku"

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021 -2027 PRIORYTET FESL.07 Fundusze Europejskie dla społeczeństwa DZIAŁANIE 07.04 Usługi społeczne

Imię i nazwisko ……...…….……

PESEL……...……

zamieszkały(a)……...……...

Stwierdzam brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Pomocy Senioralnej w Rybniku	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Stwierdzam, że występują przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach w Dziennym Domu Pomocy Senioralnej w Rybniku:		
w zajęciach sportowych*	☐ **TAK**	☐ **NIE**
w zajęciach rekreacyjnych*	☐ **TAK**	☐ **NIE**
w zajęciach aktywizujących*	☐ **TAK**	☐ **NIE**
w innych zajęciach (jakich)……...	☐ **TAK**	☐ **NIE**

Data

Pieczęć i podpis lekarza

…….. ……..

**właściwe pole zaznaczyć „X"*

- *zajęcia sportowe i rekreacyjne: gimnastyka zajęcia terenowe, spacery, taniec itp.*
- *zajęcia aktywizujące: gry zespołowe, zajęcia terenowe, wyjazdy, wycieczki itp.*