

Mysłowice dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
Imię i nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
Miejsce zamieszkania

Stwierdzam:

1. Iż w/w osoba jest zdolna* / nie jest zdolna* do samoobsługi.
2. U w/w osoby brak przeciwwskazań / występują przeciwwskazania* do udziału w ćwiczeniach gimnastycznych, kinezyterapii i innych z zakresu aktywności ruchowej, w zajęciach sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Senior-Wigor w Mysłowicach.
3. U w/w osoby nie stwierdzono* / stwierdzono* zmian psychoorganicznych.
4. W/w osoba nie wymaga* / wymaga* stałej opieki oraz indywidualnej terapii.
5. W/w osoba nie posiada zaburzeń psychicznych lub osobowościowych* / posiada zaburzenia psychiczne lub osobowościowe*, wpływających/ce na prawidłowe funkcjonowanie w grupie.
6. Inne istotne informacje o stanie zdrowia /choroby:

.....
.....

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby kwalifikacji w/w osoby do udziału w zajęciach prowadzonych w Dziennym Domu Pobytu Senior-Wigor w Mysłowicach.

Podpis i pieczęć lekarza

*niewłaściwe skreślić