
Wieprz, dnia.......................

**Dzienny Dom Senior+**

**ul. Podgórze 18, 34-122 Wieprz**

**Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko............................................................................... Adres:..........................................................................................

Data i miejsce rodzenia:.....................................................................

Stwierdzam:

- najważniejsze informacje o stanie zdrowia pacjenta, niezbędne w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel Dziennego Domu SENIOR+, bądź udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia uczestnika:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

- określenie dopuszczalnych form usprawniania ruchowego uczestnika, bądź ograniczeń w tym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

...........................................

(data, czytelny podpis kandydata)

Zadanie jest współfinansowane ze środków Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu Wieloletniego ,,Senior+” na lata 2015-2020