

.....
pieczętka ośrodka zdrowia

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

.....

.....
Stwierdzam: W/w ze względu na wiek i stan zdrowia jest osobą niesamodzielną,
wymagającą wsparcia w czynnościach dnia codziennego.

Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych
(kinezyterapia), sportowo-relaksacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu
Pobytu.

Uwagi:

.....

.....
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/