

Ostrołęka, dn.

.....
pieczęć zakładu leczniczego**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia

Stan zdrowia Pani/Pana pozwala/nie pozwala¹ na korzystanie z pobytu dziennego w Ośrodku Wsparcia – Dziennym Domu „Senior +”, w ramach którego uczestnicy mają zapewnione wyżywienie oraz możliwość udziału w:

- zajęciach podtrzymujących i usprawniających kondycję fizyczną i psychiczną,
- zajęciach rekreacyjnych, muzycznych, plastycznych,
- imprezach okolicznościowych i integracyjnych.

UWAGI, EWENTUALNE ZALECENIA DOTYCZĄCE W/W ZAJĘĆ

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

POSIADANE SCHORZENIA

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

.....
podpis i pieczęć lekarza

¹ - niepotrzebne skreślić