

Ostrołęka, dn.....

.....
pieczętka zakładu leczniczego**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia

Stan zdrowia Pani/Pana **pozwała/nie pozwala**¹ 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 lekarza¹ - niepotrzebne skreślić