

………………….. ……………………….

(pieczątka) (miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**Imię i Nazwisko:**………………………………………………………………………………

**Data Urodzenia:**………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania:**………………………………………………………………….............

…………………………………………………………………………………………………

1. **Rozpoznanie lekarskie (schorzenie):**……………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Ogólny stan zdrowia:**………………………………………………………………………..

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

1. **Czy istnieją przeciwwskazania do udziału w zajęciach** (ruchowych bądź innych) **Ośrodka Wsparcia Dziennego Seniorów 60+ z chorobą Picka, Wilsona i Huntingtona** (\*-niepotrzebne skreślić)**:**
2. **BRAK PRZECIWSKAZAŃ\***
3. **ISTNIEJĄ PRZECIWSKAZANIA\* (jakie?):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………

1. **Choroby współistniejące (jakie?):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **W przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie informacja o sprawności w zakresie lokomocji (poruszania się):**

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

……………………………….

(pieczątka i podpis lekarza)