

***Załącznik nr 3***

Do Regulaminu Rekrutacji

 Dziennego Domu Pobytu „Senior+”

 w Ciechanowie

……………………………………….
 (pieczątka placówki ochrony zdrowia)

 …………………………………
 (miejscowość data)

**Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko ……………………………………………..,

data urodzenia ………………………………………………,

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………;

**1)** brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/

sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w

Ciechanowie\* tak ⎕ nie ⎕

**2)** wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu

„Senior +” w Ciechanowie:

- ruchowych (kinezyterapii)\* tak ⎕ nie ⎕

- sportowo – rekreacyjnych\* tak ⎕ nie ⎕

- aktywizujących\* tak ⎕ nie ⎕

\*właściwe pole ⎕ zaznaczyć znakiem „X”

 ……………………………………………………………

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)

***Projekt dofinansowany ze środków Programu Wieloletniego „Senior +”***

***na lata 2015-2020***