

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane kandydata ubiegającego się o przyjęcie do Dziennego Domu Pomocy	
Imię/Imiona:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Adres zamieszkania:	

Zaświadczam że u w/w osoby * :

brak jest przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych, ruchowych, sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Pomocy w Radomiu przy ulicy Wyścigowej 16.

wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Dziennym Domu Pomocy w Radomiu przy ulicy Wyścigowej 16 w zajęciach:

- rehabilitacyjnych
- ruchowych
- sportowo-rekreacyjnych
- aktywizujących

Radom, dnia

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”