**Załącznik nr 3**

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

/pieczęć ośrodka zdrowia/ /miejscowość, data/

**Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko ....................................................................................................................,

data urodzenia ......................................................,

zamieszkały/a ........................................................................................................................ .

Stwierdzam, że NIEWYSTĘPUJĄ/WYSTĘPUJĄ\* przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/ sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w **Ośrodku Wsparcia pod nazwą** **„Dom Dziennego Pobytu Seniora” w Baranowie**

\*niewłaściwe skreślić

Występują/nie występują\* przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach w **Ośrodku Wsparcia pod nazwą „Dom Dziennego Pobytu Seniora” w Baranowie:**

⎕ sportowo – rekreacyjnych\*

⎕ aktywizujących\*

⎕ terapeutycznych\*

\*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

…........................................................................................

/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/