

.....  
**Data** .....

Pieczęć nagłówkowa przychodni

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dotyczące braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach oferowanych przez**  
**Dzienny Dom Senior + w Dzierżoniowie**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Choroby przewlekłe, dolegliwości .....

.....

.....

**Stwierdzam brak przeciwwskazań medycznych do uczestnictwa w niżej**  
**wymienionych zajęciach oferowanych przez Dzienny Dom Senior + w Dzierżoniowie:**  
**( \* Prosimy o wstawienie znaku X przy aktywności, w której senior może brać udział. )**

**1. FIZJOTERAPIA:**

**MASAŻ PRZYRZĄDOWY:**

wibromasażer (pas wibrujący)	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
mata masująca na kręgosłup	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
masażer na stopy - wibracje	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>

**KINEZYTERAPIA:**

gimnastyka grupowa ogólnousprawniająca \* TAK  \* NIE

**ćwiczenia na przyrządach:**

rower	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
stepper	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
twister	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
bieżnia	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
rotor ręczny	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>

**2.ZAJĘCIA SPORTOWO- REKREACYJNE:**

JOGA	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
NAUKA TAŃCA	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>
NORDIC WALKING	* TAK	<input type="checkbox"/>	* NIE	<input type="checkbox"/>

**3. TERAPIA ZAJĘCIOWA** \* TAK  \* NIE

.....  
Pieczęć i podpis lekarza