



.....

/miejsowość, data/

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

data urodzenia

zamieszkały/a

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych / sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w filii Dziennego Domu Pomocy „WRZOS”, Centrum Usług Społecznościowych w Tychach,

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału zajęciach w filii Dziennego Domu Pomocy „WRZOS”, Centrum Usług Społecznościowych w Tychach w postaci:

ruchowych*

sportowo – rekreacyjnych*

aktywizujących*

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

