



Załącznik nr 4  
do Zarządzenia Nr 5/2023  
Kierownika Gminnego Ośrodka  
Pomocy Społecznej  
w Drwini

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

### Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Zamieszkały.....

### Stwierdzam

1. Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Senior + w Woli Drwińskiej (właściwe zaznaczyć x):

tak

nie

2. Wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu Senior+ w Woli Drwińskiej (właściwe zaznaczyć x):

ruchowych

sportowo-rekreacyjnych

aktywizujących

.....  
(podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)