

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dotyczące braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach oferowanych przez
Dzienny Dom Senior + w Złocińcu**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Choroby przewlekłe, dolegliwości.....
.....
.....

**Stwierdzam brak przeciwwskazań medycznych do uczestnictwa w niżej wymienionych zajęciach
oferowanych przez Dzienny Dom Senior + w Złocińcu:
(* Prosimy o zaznaczenie znakiem X wybranej odpowiedzi)**

FIZJOTERAPIA :

MASAŻ KLASYCZNY TAK NIE

LAMPA SOLLUX TAK NIE

MASAŻ PRZYRZĄDOWY:

wibromasażer (pas wibrujący) TAK NIE

mata masująca na kręgosłup ` TAK NIE

masażer na stopy - wibracje TAK NIE

KINEZYTERAPIA:

gimnastyka grupowa ogólnousprawniająca TAK NIE

ćwiczenia na przyrządach:

rower TAK NIE

stepper TAK NIE

twister TAK NIE

bieżnia TAK NIE

rotor ręczny TAK NIE

ZAJĘCIA SPORTOWO- REKREACYJNE:

Joga TAK NIE

nauka tańca TAK NIE

nordic walking TAK NIE

Pieczęć i podpis lekarza