……………………………………………….

miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UCZESTNICTWO W KLUBIE SAMOPOMOCY – SPECJALISTYCZNYM PROWADZONYM W RAMACH PROJEKTU „W SILE WIEKU 2”**

**WZÓR**

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres:…………………………………………………………………………………………………............................................................

PESEL:

* + - 1. Podstawowe informacje o stanie zdrowia niezbędne w przypadku konieczności podjęcia działań przez personel Klubu lub udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia (z uwzględnieniem rozpoznania w tym udaru, choroby Alzheimera lub innych zespołów otępiennych):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - 1. Dopuszczalne formy usprawnienia ruchowego lub ograniczenia w tym zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą wobec której nie istnieją/istnieją\* przeciwwskazania do korzystania z usług Klubu Samopomocy – Specjalistycznego.

……………………………………

Podpis i pieczęć lekarza

\*Niewłaściwe skreślić