**ZAŚWIADCZENIE**

Pan/Pani.…………………………….

zam..………………………………...

………………………………………

Czy istnieją przeciwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach

prowadzonych przez Dom Opieki Dziennej w Maziarni: tak/nie

Czy ze względu na stan zdrowia w/w istnieje wskazanie do stosowania

odpowiedniej diety w żywieniu, jeśli tak to proszę wskazać jaka dieta: tak/nie

……………………………………………..

Czy ze względu na stan zdrowia w/w istnieją przeciwskazania

do udziału w rehabilitacji ruchowej – gimnastyce: tak/nie

oraz w korzystaniu z :

-) fotel masujący SKU – 244300 tak/nie

-) bieżnia IV4601 tak/nie

-) rower magnetyczny MO907 tak/nie

-) mini rowerek *rotor* tak/nie

-) steper z kolumną tak/nie

-) atlas tak/nie

 ……………………………………………..

 (podpis i pieczątka lekarza)