

Dąbrowa Górnicza, dnia

**Zaświadczenie lekarskie
dla osoby ubiegającej się o korzystanie z oferty Dziennego Domu „Senior-WIGOR”
w Dąbrowie Górniczej**

Na podstawie art. 107, ust. 5d, ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1769).

Imię i nazwisko..... data urodzenia.....

Ogólny stan zdrowia.....

Główny problem zdrowotny dotyczy

Problemy zdrowotne współistniejące dotyczą

Ocena sprawności psychofizycznej

.....

Stwierdza się***1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z usług Dziennego Domu „Senior-WIGOR”, w tym do:**

- 1) Aktywizacji i podnoszenia sprawności psychofizycznej, poprzez:
 - a) udział w zajęciach ruchowych i sportowo-rekreacyjnych
 - b) udział w zajęciach podnoszących sprawność intelektualną
- 2) Aktywizacji społecznej
- 3) Udziału w terapii zajęciowej
- 4) Korzystania z oferty kulturalno-oświatowej
- 5) Korzystania z wsparcia edukacyjno-profilaktycznego

2. Przeciwwskazania zdrowotne do korzystania z oferty Dziennego Domu Senior-WIGOR,.....
.....

*Właściwe zaznaczyć

.....

Podpis i pieczęć lekarza