Załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego Klubu „Senior+”

…………………………………….

(Pieczątka podmiotu) Zaświadczenie wydaje lekarz rodzinny

dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Klubu „Senior+”

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Klubu „Senior+”:……………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………
3. Pesel :……………………………………………………………………………………
4. Ocena sprawności ruchowej osoby\*:

- porusza się samodzielnie,

- porusza się z pomocą innych osób,

- porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,

- nie porusza się samodzielnie (na wózku inwalidzkim),

5. Ocena zdolności zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych:

- samodzielnie,

- wymaga częściowej pomocy,

- wymaga stałej pomocy,

- zupełnie niesamodzielny,

6. Ocena zdolności porozumiewania się: (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy,

słuchu, wzroku);

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

7. Informacje o innych schorzeniach, zażywanych lekach:

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

8. **Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań\*** do uczestnictwa w zajęciach

ruchowych w Klubie „Senior+” w Kułakowicach Trzecich, Kułakowice Trzecie 71,   
22-500 Hrubieszów.

**\*właściwe zakreśli**ć

……………………………….. ………………………………….

(Miejscowość, data) (Podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)