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)