

**Dom Dziennego Pobytu „Senior+”**

**ul. Świecka 45a, 89-500 Tuchola**

……………………………………

(pieczęć zakładu)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko ……………………………………..

Data urodzenia …………………………………….

Adres ……………………………………………….

1. Zaświadczam, że istnieją/nie istnieją\* przeciwskazania seniora do uczestnictwa w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Tucholi.
2. Stan zdrowia/rozpoznanie seniora.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Informacja o sprawności seniora w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

1. Informacja, czy senior wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Informacja o przebytych chorobach zakaźnych seniora.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………. ……………………………………

Miejscowość, data Pieczątka i podpis lekarza

**Dom Dziennego pobytu w Tucholi** jest ośrodkiem wsparcia dziennego, przeznaczony dla osób 60+, nieaktywnych zawodowo**. Dom Dziennego Pobytu** świadczy usługi obejmujące w szczególności: **usługi opiekuńcze, rehabilitację, zajęcia z zakresu terapii zajęciowej, sportowo-rekreacyjne, edukacyjne, kulturalno-oświatowe.**

\*Właściwe podkreślić

……………………………………………. ………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis