

Imię i Nazwisko ………………………………………………………...

Data urodzenia………………………………………………………….

Adres zamieszkania…………………………………………………..

Imię i Nazwisko………………………………………………………….

(opiekuna prawnego)

Tel……………………………………………………………………………..

**WNIOSEK**

**o przyjęcie do Dziennego Domu „Senior +”**

Wnioskuję o zakwalifikowanie mnie do udziału w zajęciach, które będą realizowane

w Dzienny Domu „Senior+” w Żarach, przy ul. Parkowej 8.

Jednocześnie informuję, że:

* Jestem osobą nieaktywną zawodowo w wieku 60 +.
* Deklaruję się korzystać z usług oferowanych przez Dzienny Dom „Senior+”.

Chcę korzystać z ciepłego posiłku w formie obiadu:

* + TAK
	+ NIE

Informacje dodatkowe:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…….…………………..

 Podpis

Zadanie współfinansowane w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025

 

 ……..... …………………………………………….

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**osoby ubiegajacej się o skierowanie do Dziennego Domu „Senior+”w Żarach.**

Zaświadcza się o braku przeciwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pani/Pana ………………………………………………………….......................................

Zamieszkałej/zamieszkałego …………………………………………………….................

w Żarach, ul. …………………………………………………………………………..........

**w zajęciach rehabilitacji ruchowej ( kinezyterapii ) i sportowo – rekreacyjnych**,

 prowadzonych w Dziennym Domu „Senior+” w Żarach.

Uwagi: ………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………..

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

Żary,dnia ……………….....

 ……………………………………

 ( podpis i pieczątka lekarza)

Zadanie współfinansowane w ramach Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025