



Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Imię i Nazwisko.....

(opiekuna prawnego)

Tel.....

## WNIOSEK

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

Wnioskuje 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



.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań 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 pieczętka lekarza)