

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i
nazwisko.....

Data
urodzenia.....

Adres.....
.....

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)/ sportowo –

rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior + „ w Kłobucku*

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału zajęciach Dziennego Domu „Senior + „w
Kłobucku w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii)*

sportowo – rekreacyjnych*

aktywizujących*

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia/

Ogólne informacje o Dziennym Domu Senior+ w Kłobucku

1. Dom przeznaczony jest dla mieszkańców powiatu kłobuckiego nieaktywnych zawodowo w wieku 60 i więcej lat.
2. Dom posiada 20 miejsc dziennego pobytu, a pobyt w nim jest częściowo odpłatny.
3. Dom funkcjonuje 8 godzin dziennie ,przez cały rok, w dni robocze.
4. Celem Domu jest aktywizacja społeczna, integracja, włączanie społeczne osób starszych do społeczności lokalnej.
5. W trakcie pobytu seniorom zapewnia się: śniadanie (przygotowywane wspólnie przez uczestników), obiad (catering) .
6. Placówka nie jest przystosowana do pobytu i nie przyjmuje:
 - a. osób, których stan zdrowia wymaga stałej opieki i indywidualnej terapii, w tym osób leżących
 - b. osób zaburzonych psychicznie lub osobowościowo,
 - c. osób, u których stwierdzono zaawansowane zmiany psychoorganiczne.
7. Placówka nie jest przystosowana i nie posiada miejsc całodobowego okresowego pobytu.