

## Informacja o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach

Imię i nazwisko.....

Adres .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

Choroby współwystępujące, przebyte operacje .....

.....

.....

Uczulenia .....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne .....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne.....

.....

.....

Informacje o sprawności w zakresie lokomocji .....

.....

.....

Czy są przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach ŚDS\*

a) TAK

b) NIE

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić