

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani.....

ma zdiagnozowaną cukrzycę *, inne zaburzenia metaboliczne np. otyłość, insulino oporność *
 (* właściwie podkreślić)

W procesie leczenia zaleca się udział w zajęciach ruchowych pod opieką rehabilitanta np.: ćwiczenia na sali gimnastycznej, gimnastyka na basenie, spacerzy z kijkami itp.

Ewentualne uwagi

Wrocław, dnia

.....
 pieczęć podmiotu leczniczego

.....
 podpis i pieczęć lekarza

Zaświadczenie wydaje się celem dopuszczenia osoby do bezpłatnych ćwiczeń grupowych, w ramach zadania pn. „Program Profilaktyki Cukrzycy”. Program finansowany w całości przez Gminę Wrocław .

Wrocław miasto spotkań www.wroclaw.pl

ANKIETA UCZESTNIKA

.....
 Imię i Nazwisko

KOBIETA	do 40 lat <input type="checkbox"/>	40-60 lat <input type="checkbox"/>	60-70 lat <input type="checkbox"/>	> 70 lat <input type="checkbox"/>
MĘŻCZYZNA	do 40 lat <input type="checkbox"/>	40-60 lat <input type="checkbox"/>	60-70 lat <input type="checkbox"/>	> 70 lat <input type="checkbox"/>

CUKRZYCA TYPU 1

CUKRZYCA TYPU 2

INSULINOOPORNOŚĆ

NADWAGA, OTYŁOŚĆ

ROK URODZENIA

TELEFON KONTAKTOWY

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych jedynie na potrzeby PSD Koło Wrocław-Centrum