



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o braku przeciwwskazań do zajęć hipoterapii**

Zaświadcza się, że .....  
(imię i nazwisko)

PESEL: ....., wiek: ..... lat  
nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach hipoterapii.

**ROZPOZNANIE JEDNOSTKI CHOROBOWEJ, CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE:**

.....  
.....  
.....

**ZALECENIA DLA TERAPEUTY:**

.....  
.....  
.....

**Zaświadczenie jest ważne:**

Bezterminowo

Do - termin następnej konsultacji lekarskiej: .....  
(dd, mm, rrrr)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)