**HEGET NAUKA RODZENIA**

Ul. Kanclerska 2

 60-327 Poznań

 **Tel. 795 88 44 22**

  **ZAŚWIADCZENIE dla Pani :**

Imię i Nazwisko :……………………………………………………………………………………………………………………… Tydzień ciąży : ………………………………………………………………………………………………………………………… Termin porodu: ………………………………………………………………………………………………………………………

1. **O braku przeciwwskazań lekarskich do uczestnictwa w zajęciach gimnastycznych przygotowujących do porodu .**

Uwagi lekarza prowadzącego ciążę: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **O braku przeciwwskazań do wykonywania masażu** .

Uwagi lekarza prowadzącego ciążę:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………..

 Data i podpis lekarza