



.....
(Pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie*

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana/Pani

zamieszkałego/zamieszkałej:

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), rehabilitacyjnych i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych w Klubie Senior+ w Wymysłowie.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)

* Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie Senior+ w Wymysłowie wynika z przepisów Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025.