 

Olszanka, dnia………………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………………

Data urodzenia………………………………………………………………………………..

Adres …………………………………………………………………………………………..

Stwierdzam:

1) brak przeciwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych( kinezyterapii), sportowo- rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie Senior+ w Starych Łepkach\*

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Klubie Senior+ w Starych Łepkach \* w zajęciach:

ruchowych( kinezyterapii) \*

sportowo- rekreacyjnych \*

aktywizujących\*

*\*właściwe pole zaznaczyć znakiem,, X”*

*……………………………………..………………………………*

*/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/*

*Zadanie publiczne realizowane w ramach Programu Wieloletniego ,,Senior+” na lata 2015-2020.*