



Zadanie współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu Wieloletniego „Senior +” na lata 2015-2020

.....
pieczęć placówki ochrony zdrowia

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA.....

ZAMIESZKAŁY/A.....

Stwierdzam:

brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (np. gimnastyka, taniec, zajęcia rehabilitacyjne) w Powiatowym Klubie Seniora w Kątach Wrocławskich

wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (np. gimnastyka, taniec, zajęcia reh.) w Powiatowym Klubie Seniora w Kątach Wrocławskich

UWAGI:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza