

.....
(pieczęć)

.....
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących Klubu „Senior+” w Konopnicy)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres.....

Stwierdzam:

1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie „Senior+” w Konopnicy *

☐

2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Klubie „Senior+” w Konopnicy w zajęciach:

ruchowych (kinezyterapii)*

☐

sportowo – rekreacyjnych*

☐

aktywizujących*

☐

*Właściwe pole zaznaczyć „X”

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)