

Dane Ośrodka Zdrowia

Zaświadczenie lekarskie*

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana/Pani

zamieszkałego/zamieszkałej:

.....,

w zajęciach ruchowych/kinezyterapii sportowo – rekreacyjnych prowadzonych
w Klubie Senior+ w Siennicy Nadolnej

miejsowość, dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza)