



Załącznik Nr 5 do Regulaminu Klubu „Senior+”

Wisła, dnia .....

**Zaświadczenie lekarskie dla Pani/a:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

PESEL .....

**O braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach aktywności ruchowej (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie „Senior+” w Wiśle przy ul. 1 Maja 69.**

Ewentualne uwagi lekarza:

.....

.....

.....

.....  
(data, podpis i pieczęć lekarza)

