



Zaświadczenie lekarskie*

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana / Pani

zamieszkałego / zamieszkałej:

.....

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych w Klubie Senior+
w Sulmierzycach.

Sulmierzyce, dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* niepotrzebne skreślić