…………………………………………............. (pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pani/Pan

………………………………………………………………………………………………… (imię i nazwisko)

……………………………………………………………………………………………........ (adres zamieszkania)

1. brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie „Senior+” z siedzibą w Seroczynie\*
2. wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie „Senior+” z siedzibą w Seroczynie\*

\* właściwe zaznaczyć

………………………………………. (data, podpis, pieczątka lekarza)