

.....
(pieczęć placówki ochrony zdrowia)

....., dnia
(miejsowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
RUCHOWYCH, SPORTOWO-REKREACYJNYCH I AKTYWIZUJĄCYCH

Dotyczące braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach „Klubu Senior+” w Latowiczu.

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 Latowiczu:

TAK NIE

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

Ruchowych (kinezyterapii) TAK NIE

Sportowo-rekreacyjnych TAK NIE

Aktywizujących TAK NIE

*w odpowiednią kratkę wstawić X

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