



### 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 Iłowie-Osadzie.

Iłowo-Osada , dnia .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie Senior+ w Iłowie-Osadzie wynika z przepisów Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020.