

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pani/Pana

data urodzenia

zamieszkałej/zamieszkałego

w zajęciach ruchowych i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych w Klubie „Senior +”
w Ostrołęce.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie