



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych dla uczestnika

Pana/Pani

zamieszkałego / zamieszkałej:

.....

(miejsce zamieszkania)

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo –rekreacyjnych i aktywizujących
prowadzonych w Klubie „Senior+” w Nowej Sarzynie.

Nowa Sarzyna, dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie „Senior+” w Nowej Sarzynie z przepisów Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020 (M.P. z 2016 r. poz. 1254)