

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana/Pani

zamieszkałego/zamieszkałej

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo-rekreacyjnych w Klubie Senior+ w Kłodzie.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)