……………………………………… ……………………..., dnia .......................

(pieczątka placówki ochrony zdrowia) (miejscowość) (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 Myszyniec Stary.

Imię i nazwisko: …..………………………………………………………………………….....

Data urodzenia: .……………………………………………………………………………..….

Adres: …………………………………………………………………………………………...

Stwierdzam:

1. brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w „Klubie Senior+” w Myszyńcu Starym:

 TAK  NIE 

1. wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach „Klubie Senior+” w Myszyńcu Starym

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ruchowych  | TAK   |   | NIE   |
| Sportowo-rekreacyjnych  | TAK   |   | NIE   |
| Aktywizujących \*w odpowiednią kratkę wstawić X  | TAK   |   | NIE   |

.............................................................

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)