

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana/Pani

zamieszkałego/ zamieszkałej

w zajęciach gimnastyczno-ruchowych prowadzonych w ośrodku wsparcia pod nazwą Klub Senior+ w Turowie.

.....
(miejsowość, dnia)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)