



Załącznik Nr 4 do
Regulaminu Rekrutacji do Klubu
„Senior+” w Nowinkach

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczenie lekarskie dla Pani/a

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

O braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach aktywności ruchowej, sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie „Senior+” w Nowinkach z siedzibą w Nowinkach 31, 05-280 Jadów.

Ewentualne uwagi lekarza:

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

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza)