Załącznik Nr 4

 do regulaminu organizacyjnego

 ,,Dom Seniora”

|  |
| --- |
|  |

pieczęć placówki medycznej

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana / Pani ……………………………………………………………………………………………

zamieszkałego / zamieszkałej …………………………………………………………………………

w zajęciach ruchowych i rekreacyjnych dostosowanych do wieku i możliwości uczestnika/czki prowadzonych w ośrodku wsparcia klubie samopomocy „Dom Seniora” w Niezdrowicach.

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

(podpis i pieczęć lekarza)

 (miejscowość)