



Załącznik Nr 5
do Regulaminu organizacyjnego

Klubu „Senior+” w Budrach

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 Budrach z siedzibą przy ul. Aleja Wojska Polskiego 18, 11-606 Budry

Ewentualne uwagi lekarza:

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

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