Załącznik nr 4 do Regulaminu Klubu Senior+ w Rokietnicy

 pieczęć placówki medycznej

**Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana/Pani........................................................................................................

zamieszkałego / zamieszkałej: Rokietnica 62-090, ul……………………… w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo –rekreacyjnych prowadzonych w Klubie Senior+ w Rokietnicy.

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

(podpis i pieczęć lekarza)