|  |
| --- |
| *Dane adresowe/pieczęć placówki Senior+* |

**Zaświadczenie lekarskie\***

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

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

zamieszkałego / zamieszkałej:

………………………………………………………………..…………………………,

w zajęciach ruchowych/kinezyterapii i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych
w Klubie/Domu Senior+ w ………………………….

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

 (podpis i pieczęć lekarza)

………………………………

(pieczęć placówki zdrowia)

**\*** Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie Senior+ w………………….. wynika z zapisów Uchwały Nr 34 Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020 (M.P. z 2018 r. poz. 228)