



pieczęć placówki medycznej

### **Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa Pani/Pana  
..... zamieszkałej/zamieszkałego  
w ..... w zajęciach ruchowych (kinezyterapii)  
i sportowo-rekreacyjnych prowadzonych w Klubie „Senior+” w Gminie Szydłowiec.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)