*Załącznik Nr 4 do Regulminu*



|  |
| --- |
| *pieczęć placówki medycznej* |

**Zaświadczenie lekarskie\***

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

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

zamieszkałego / zamieszkałej:

……………………………………………………………………………………………………………

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych w Klubie „Senior+” w Pomorskiej wsi.

………………………………. ……………………………………..

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)