



Załącznik nr 3  
do Regulaminu Klubu „Senior+”

.....  
(pieczęć)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla Pana/ Pani .....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

PESEL.: .....

o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach aktywności ruchowej, kinezyterapii, sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Klubie „Senior+” w Zawierciu przy ul. Marszałkowskiej 22.

Ewentualne uwagi lekarza:

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

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