

Zaświadczenie lekarskie
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa
w zajęciach dla seniorów

(w tym zajęcia ruchowe/ gimnastyka dla emerytów i rencistów, zajęcia na kręgielni)

imię i nazwisko

adres zamieszkania

telefon

PESEL

data badania :

opis:

.....

.....

.....

.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

Uwagi lekarza dla instruktora prowadzącego zajęcia :

.....

.....

.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

Ośrodek Sportu i Rekreacji w Brodnicy

Tel. 48 56 49 13 440
Faks 48 56 49 13 441

ul. Królowej Jadwigi 1
87-300 Brodnica

www.osirbrodnica.pl
sekretariat@osirbrodnica.pl

