

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

*(w tym gimnastyka dla emerytów i rencistów, zajęcia na kregielni)*

imię i nazwisko .....

adres zamieszkania .....

telefon .....

rok urodzenia .....

data badania .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*Data, podpis i pieczęć lekarza*

Ewentualne uwagi dla instruktora prowadzącego zajęcia

.....

.....