

.....
(pieczęć Ośrodka Zdrowia)

....., dn.2016r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i Nazwisko

Data ur.

Pesel.....

Zamieszkała/ty.....

.....

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych
Pani/Pana

.....

Do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Aktywności Seniora:

- na basenie –aqua aerobic
- zajęciach ruchowych ogólnorozwojowych
- nordic walking
- zajęcia mentalne (joga, pilates)
- kurs pierwszej pomocy
- kurs automasażu
- kurs ogrodniczy
- kurs plastyczno- florystyczny
- gry zręcznościowe i stolikowe

Zaświadczenie wydaje się celem przedstawienia w Centrum Aktywności Seniora, Lemon Fitness przy Fundacji im. Heleny i Tadeusza Augustyn.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)