pieczęć placówki medycznej

Zaświadczenie lekarskie / oświadczenie o stanie zdrowia*

Zaświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana / Pani .....

zamieszkałego / zamieszkałej:

.....

w zajęciach prowadzonych w Gminnym Klubie Senior+ w Bykowie, w tym zajęciach ruchowych.

Długołęka, dnia ....
(podpis i pieczęć lekarza)

* Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia/oświadczenia w Klubie Senior+ w Bykowie wynika z Regulaminu Gminnego Klubu Senior+ w Bykowie, stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 9 /2019 Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Długołęce