



### Zaświadczenie lekarskie\*

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana / Pani .....

zamieszkałego / zamieszkałej:

Miejscowość....., ul. ....

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych w Klubie Senior+ w Gminie Krzyżanowice.

Miejscowość....., dnia .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie Senior+ w Gminie Krzyżanowice wynika z przepisów *Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020*, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020 (M.P. z 2016 r. poz. 1254).