

***Załącznik nr 4***

……………………………………….
(pieczątka placówki ochrony zdrowia)

 …………………………………
 (miejscowość data)

**Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko ……………………………………………..,

data urodzenia ………………………………………………,

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………;

**1)** brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych i aktywizujących

w Klubie „Senior +” przy ul. Łukasińskiego 43 w Kłodzku\* ⃞/ przy ul. Łukasińskiego 43 w Kłodzku \* ⃞

**2)** wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału zajęciach w Klubie „Senior

- ruchowych \* ⃞

- aktywizujących\* ⃞

\*właściwe pole ⃞ zaznaczyć znakiem „X”

 ……………………………………………………………

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)

***Projekt dofinansowany ze środków Programu Wieloletniego „Senior +”***

***na lata 2021-2025***