



pieczęć placówki medycznej

### **Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa Pani/Pana  
..... zamieszkałej/zamieszkałego  
w ..... w zajęciach ruchowych i sportowo-  
rekreacyjnych prowadzonych w Klubie „Senior+” w Gminie Szydłowiec.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis i pieczęć lekarza)