|  |
| --- |
| *pieczęć placówki medycznej* |

**Zaświadczenie lekarskie\***

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana / Pani ………………………………………………………………………………………….....

zamieszkałego / zamieszkałej: 57-550 Stronie Śląskie

ul. ………………………………………………………………..…………………………

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych w Klubie Senior+ w Stroniu Śląskim.

Stronie Śląskie, dnia ………………………. ……………………………………..

(podpis i pieczęć lekarza)

**\*** Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie Senior+ w Stroniu Śląskim wynika z przepisów *Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020*, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020 (tj. M.P. z 2018 r. poz. 228) rozdz..IV .1 pkt 7).