Zaświadczenie lekarskie dla Pani/Pana:

Imię i nazwisko ...……………………………………………………………………….

adres zamieszkania …………………………………………………………………………

PESEL ...……………………………………………………………………….

**O braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach aktywności ruchowej, sportowo-rekreacyjnej i aktywizującej w Dziennym Domu Senior+ w Drzewicy przy ul. Braci Kobylańskich 26.**

Ewentualne uwagi lekarza:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

 ……………………………………………………

 (data, podpis i pieczątka lekarza)