Załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego Klubu „Senior+”

…………………………………….

(Pieczątka podmiotu)

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Klubu „Senior+”:……………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………
3. Data urodzenia:………………………………………………………………………….
4. **1) Przeciwwskazanie** / jakie/ ………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………...

**2) brak przeciwwskazań\***

do uczestnictwa w zajęciach w Klubie „Senior+” w Kułakowicach Trzecich, Kułakowice Trzecie 71, 22-500 Hrubieszów.

**\*właściwe zakreśli**ć

……………………………….. ………………………………….

 (Miejscowość, data) (Podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)