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

**Załącznik nr 5**

**do Regulaminu Organizacyjnego**

**Klubu Senior+ w Szczytnie**

**Zaświadczenie lekarskie\***

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

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

zamieszkałego / zamieszkałej:

Szczytno, ul. ………………………………………………………………..…………………………

w zajęciach ruchowych (kinezyterapii) i sportowo – rekreacyjnych prowadzonych w Klubie Senior+ w Szczytnie

Szczytno, dnia ………………………. ……………………………………..

 (podpis i pieczęć lekarza)

**\*** Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie Senior+ w Szczytnie wynika
z przepisów *Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020*, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020 (M.P. z 2016 r. poz. 1254).