

(pieczęć placówki służby zdrowia)

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadcza się, że Pani/Pan.....

nie ma przeciwwskazań/ istnieją przeciwwskazania* do podejmowania systematycznej
aktywności fizycznej w ramach zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku w formie zajęć
ogólnorozwojowych o umiarkowanej intensywności trwających 1h.

Uwagi:

.....

.....

.....

....., dnia.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić