



pieczęć placówki medycznej

### Zaświadczenie lekarskie\*

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa Pana / Pani

.....

zamieszkałego / zamieszkałej:

.....

w aktywności ruchowej lub kinezyterapii i zajęciach sportowo – rekreacyjnych w **Klubie Senior+ Jamielnik**, prowadzonym przez Stowarzyszenie Wspierające Rozwój Wsi Jamielnik w ramach realizacji zadania pt. „Prowadzenie Klubu *Senior+* w Jamielniku”.

....., dnia ..... r.  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie Senior+ w Jamielniku wynika z przepisów *Regulaminu Klubu Senior+ Jamielnik*, stanowiącego załącznik do uchwały Nr XXIII/204/2020 Rady Gminy Nowe Miasto Lubawskie z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie utworzenia ośrodka wsparcia pod nazwą „Klub Senior+ Jamielnik”, ustalenia jego regulaminu oraz zasad odpłatności za pobyt w tym ośrodku.

