

TOWARZYSTWO KRZEWIENIA KULTURY FIZYCZNEJ  
- ZARZĄD GŁÓWNY

**OŚRODEK TERAPII RUCHOWEJ  
DLA OSÓB STARSZYCH**

*(powyżej 55 roku życia)*  
**w Tarnowie**



**Zaświadczenie lekarskie  
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w Programie  
Rekreacji Ruchowej Osób Starszych**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon.....

Rok urodzenia.....

Data badania .....

.....  
.....  
.....  
.....

Podpis i pieczęć lekarza

Ewentualne uwagi dla instruktora kinezygerontoprofilaktyki prowadzącego zajęcia

.....  
.....