

TOWARZYSTWO KRZEWINIA 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

.....
.....