

***Załącznik nr 4***

……………………………………….
(pieczątka placówki ochrony zdrowia)

 …………………………………
 (miejscowość data)

**Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w Klubie „Senior+”

Pana / Pani ....................................................................................................................................
zamieszkałego/zamieszkałej:........................................................................................................

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji (sposób poruszania/przemieszczania się)

………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)

***Projekt dofinansowany ze środków Programu Wieloletniego „Senior +”***

***na lata 2021-2025***

\* Wymóg przedłożenia niniejszego zaświadczenia w Klubie „Senior+” wynika
z przepisów Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025, stanowiącego załącznik
do Uchwały nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego "Senior+" na lata 2021-2025 (t.j.M.P. z 2021r. poz. 10).