



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH REKREACJI
RUCHOWEJ*

NAZWISKO

IMIĘ (DRUGIE IMIĘ)

DATA I MIEJSCE URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

TELEFON KONTAKTOWY

DATA BADANIA

OPINIA LEKARZA

.....

.....

.....

UWAGI DLA INSTRUKTORÓW/TRENERÓW

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

*W PROPONOWANYM PROGRAMIE PODSTAWOWYMI FORMAMI AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ BĘDĄ ZAJĘCIA Z GIMNASTYKI OGÓLNOKONDYCYJNEJ, NORDIC WALKING, GIMNASTYKI W WODZIE I INNE, REALIZOWANE NA SALI GIMNASTYCZNEJ, PŁYWALNI ORAZ W TERENIE.

ZAJĘCIA PROWADZONE BĘDĄ PRZEZ WYKWALIFIKOWANĄ KADRĘ, Z UWZGLĘDNIENIEM MOŻLIWOŚCI I POTRZEB OSÓB STARSZYCH, NA POZIOMIE INTENSYWNOŚCI LEKKIEJ DO UMIARKOWANEJ, W OPARCIU O PODSTAWOWE ZASADY TRENINGU ZDROWOTNEGO