



Legnica dnia.....

Zaświadczenie

Imię i nazwisko:

data urodzenia:

zamieszkały/a

Stwierdzam:

- 1) brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych /sportowych /tanecznych Legnickiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Legnicy w roku akademickim 2019/2020
- 2) wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych /sportowych /tanecznych Legnickiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Legnicy w roku akademickim 2019/2020

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie