

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)



Zgoda na uczestnictwo w programie promocji zdrowia pn. „Aktywny Senior”

Imię.....

Nazwisko.....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w programie promocji zdrowia pn. „Aktywny Senior”, finansowanego przez m.st. Warszawa oraz oświadczam, że nie mam przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń ogólnousprawniających.

.....
czytelny podpis