



**Zaświadczenie beneficjenta
do prowadzenia treningów aktywności społecznej**

Zaświadcza się, że Pan/i :

Imię i nazwisko:

PESEL: _ _ _ _ _

Miejsce zamieszkania:

☐ nie ma żadnych przeciwwskazań do prowadzenia treningów aktywności społecznej *

☐ są przeciwwskazania do prowadzenia treningów aktywności społecznej *

jaki.....

.....
podpis lekarza/fizjoterapeuty

* odpowiednią opcję zakreślić X