



## Zaświadczenie lekarskie

o braku przeciwwskazań zdrowotnych  
do uczestnictwa w zajęciach rekreacji ruchowej\*

**Imię i nazwisko/ska** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Telefon kontaktowy** .....

**Data badania** .....

**Opinia lekarza** .....

.....  
podpis i pieczętka lekarza

Ewentualne uwagi dla instruktorów, trenerów prowadzących zajęcia .....

---

\*W proponowanym programie podstawowymi formami aktywności będą zajęcia z gimnastyki prozdrowotnej, zdrowego kręgosłupa, tańca, tai-chi prowadzonej na sali, gimnastyki w wodzie prowadzonej na basenie oraz nordic walking – marsze z kijami. Jednorazowy czas trwania zajęć wynosi 30 – 90 min.

Intensywność zajęć nie przekraczająca 50% HR max określana indywidualnie przy wysiłkach aerobowych, przy ćwiczeniach siłowych intensywność indywidualnie odbierana nie przekraczająca 40% ciężaru maksymalnego.

W zajęciach stosowane będą ćwiczenia gibkościowe zwiększające bezbólowo zakres ruchu w stawach oraz ćwiczenia równoważne, koordynacyjne i relaksacyjne.

Wysiłki przewidywane można określić jako lekkie do umiarkowanych (mieszczące się w przedziale 2,5 – 5,0 MET –ów).

Przy realizacji poszczególnych zajęć uwzględniane będą ćwiczenia zalecane w prewencji pierwotnej chorób układu krążenia, oddechowego i narządu ruchu.