



SK Slaný

Fotbalový oddíl

Vyjádření lékaře k posouzení zdravotní způsobilosti dítěte.

Jméno dítěte:

.....

Datum narození:

.....

Adresa místa trvalého pobytu:

.....

a) je zdravotně způsobilé závodně sportovat

b) je zdravotně způsobilé závodně sportovat - s omezením (o jaké omezení se jedná)

.....

.....

c) není zdravotně způsobilé závodně sportovat

Potvrzení je platné 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Datum:

Razítko zdravotnického zařízení a podpis lékaře