



POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI
KE SPORTOVNÍ ČINNOSTI – ATLETICE

Jméno Příjmení	
Bydliště	
Datum narození	Zdravotní pojišťovna

Potvrzuji, že uvedené dítě úspěšně absolvovalo preventivní lékařskou prohlídku a je zdravotně způsobilé k provozování sportovní činnosti - atletice (pravidelný trénink a závodní činnost) a k účasti na dalších akcích klubu (závody, soustředění a jiné tělovýchovně zaměřené akce).

Poznámky:

Dlouhodobě užívané léky (typ, druh, dávka):

Alergie:

V _____

Dne _____

Razítko a podpis lékaře: