

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI OD OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Jméno a příjmení:

Datum narození:

je zdravotně způsobilý/á/ zúčastňovat se pohybových aktivit v rámci všeobecné přípravy dětí a mládeže v atletice vč. soutěží a závodů pro příslušnou věkovou kategorii.

Upozorňuji na zvláštnosti a omezení (vyplní lékař):

1. Nemoci:
2. Úrazy případně jiná zdravotní omezení:
3. Očkování:
4. Alergie:
5. Užívá pravidelně léky (četnost a způsob užívání):
6. Léky, které nesmí užívat:
7. Klidové EKG:

.....

Místo a datum

.....

Razítko a podpis lékaře