



Zdravotnícke zariadenie:

(pečiatka)

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Športový klub: _____

Dátum prehliadky: _____

Týmto potvrdzujem, že menovaný absolvoval **lekársku prehliadku** a je schopný zúčastňovať sa súťaží v plnokontaktných športoch.

MUDr. _____

Podpis: _____