

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Příjmení a jméno ..... datum narození .....

je zdravotně způsobilý(á) zúčastňovat se všestranných pohybových aktivit v rámci atletického oddílu včetně soutěží, závodů a soustředění.

Poznámky:.....

.....

Datum vydání lékařského potvrzení

.....

Podpis a razítko