

## POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI HRÁČE

klub : SK Beskyd Frenštát p.R.

Soutěžní rok: 2019 / 2020

Soutěž :

Jméno a příjmení hráče.....

Rodné číslo .....

Bydliště.....

a) je zdravotně způsobilý \*

b) je zdravotně způsobilý s omezením.....\*

(\*zaškrtněte pouze jednu možnost)

Hráč, nebo je – li mladší 18-ti let, pak jeho níže podepsaný zákonný zástupce prohlašuje, že na základě lékařského posouzení zdravotního stavu je zdravotně způsobilý absolvovat fyzickou zátěž fotbalových tréninků a utkání bez nebezpečí poškození svého zdraví.

Datum.....

.....

podpis hráče, je – li mladší 18- ti let pak

podpis zákonného zástupce