

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení: Datum narození:

je zdravotně způsobilý/á zúčastňovat se pravidelných (1 – 2 x týdně) pohybových aktivit v rámci kroužku atletiky, včetně (jednodenních i vícedenních) akcí pro děti. Nejedná se o výkonnostní sport.

Upozorňuji na zvláštnosti a omezení (vyplní lékař):

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

.....
(Místo a datum)

.....
(Razítko a podpis lékaře)