

MORAVSKOSLEZSKÁ BRANKÁŘSKÁ AKADEMIE

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Termín kempu: _____ Místo konání: _____

ÚČASTNÍK

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Číslo zdravotní pojišťovny: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

ZDRAVOTNÍ INFORMACE

Alergie: _____

Trvale užívané léky: _____

Omezení při sportovní činnosti: _____

Jiné důležité zdravotní skutečnosti: _____

POSOUZENÍ LÉKAŘE

Zdravotně způsobilé / zdravotně způsobilé s omezením / nezpůsobilé

Datum vystavení: _____

Razítko zdravotnického zařízení a podpis lékaře:
