



PRESIDENT
klub pozemního hokeje

POTVRZENÍ OD LÉKAŘE

Podle záznamů uvádím, že dítě

prodělalo tyto nemoci:

.....

.....

V souladu se zdravotnickými předpisy se dítě **může – nemůže** zúčastnit sportovních akcí a tréninků.

Poslední očkování proti tetanu:

Zdravotní pojišťovna:

Poznámky, léky, alergie, omezení:

.....

.....

Datum:

.....

razítko, jméno a podpis lékaře