



**DOKLAD O ZDRAVOTNÍ
ZPŮSOBILOSTI HRÁČE HC SLAVOJ ZBRASLAV**

Jméno: Příjmení: Třída:

Přesná adresa:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Kontakt na rodiče:

Telefon otec: Telefon matka :

e-mail otec: e-mail matka:

Prosíme o lékařské vyšetření před nástupem do nové sezóny v oddílu ledního hokeje:

EKG (klidové) vyšetření hráče:

Zdravotní stav umožňuje start hráče ve vyšší věkové kategorii :

*** ANO**

***NE**

V Praze dne:

.....
razítko a podpis lékaře

Souhlasím se startem hráče ve vyšší kategorii:

.....
podpis zákonného zástupce

* Nehodící se škrtněte