



BADMINTONOVÝ KLUB

Technické univerzity v Liberci z.s.



Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno (-a) a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Adresa místa trvalého pobytu: _____

Posuzované dítě:

- je zdravotně způsobilé*)
- není zdravotně způsobilé*)
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): *)

*) = správnou variantu zakroužkujte

Jiné sdělení lékaře:

Potvrzení se vydává jako doklad o zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat tréninky a pravidelně se účastnit turnajů v rámci členství v Badmintonovém Klubu Technické Univerzity v Liberci, z.s. a ČBaS. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedojde ke změně zdravotní způsobilosti.

datum vydání posudku

razítko a podpis lékaře