

## LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

**Jméno:** ..... **Příjmení:** .....

**Datum narození:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** .....

**Škola:** .....

**Jméno a telefon zákonného zástupce:** .....

**Vyjádření lékaře:** zdravotně **ZPŮSOBILÝ / NEUZPŮSOBILÝ** (nehodící se škrtněte) hrát lední hokej a to od 1.9.2016 do 31.8.2017

**Razítko a podpis příslušného lékaře:**

**Datum vydání potvrzení:**

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte pro sportovní činnost – lední hokej. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Tyto informace jsou pouze pro potřeby trenérů klubu HC Hvězda Praha a nebudou předávány třetí straně. Bez tohoto potvrzení nebude moci Váš syn/Vaše dcera dále pokračovat ve sportovní činnosti.