



**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**

**Zdravotní stav umožňuje start hráče ve vyšší věkové kategorii :**

**\* ANO**

**\*NE**

**V Praze dne : .....**

**Razítko a podpis lékaře**

**\* Nehodící se škrtněte**