



**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**