

Klub plavání mládeže Pulec Praha
Praha 5, Radlická 298/105

Lékařská prohlídka

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:

Bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Potvrzuji , že výše jmenovaný/á je zdrav/a a je schopen/a aktivně provozovat sportovní plavání s ploutvemi a dýchacím přístrojem* a účastnit se závodů v tomto sportu.

Toto potvrzení je platné jeden rok od data vydání.

Vdne

.....
razítko a podpis lékaře

* dýchací přístroj se používá od 12 let věku.