**POTVRZENÍ LÉKAŘE**

Jméno: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum narození, rodné číslo: ……………………………………………………………………………………………………………….

Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Na základě vyšetření potvrzuji, že výše jmenovaný

je zdravotně způsobilý\* - není zdravotně způsobilý\*

 hrát závodní Badminton, bez zvýšeného rizika poškození zdraví.

 Případná další vyjádření lékaře:

 ………………………………………… ……………………………………………….

 Místo, datum Podpis a razítko lékaře

 \*Nehodící se škrtněte

 **POTVRZENÍ LÉKAŘE**

Jméno: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum narození, rodné číslo: ……………………………………………………………………………………………………………….

Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Na základě vyšetření potvrzuji, že výše jmenovaný

je zdravotně způsobilý\* - není zdravotně způsobilý\*

 hrát závodní Badminton, bez zvýšeného rizika poškození zdraví.

 Případná další vyjádření lékaře:

 ………………………………………… ……………………………………………….

 Místo, datum Podpis a razítko lékaře

 \*Nehodící se škrtněte