**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