

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego .....

( imię i nazwisko)

urodzonego dnia..... miesiąca .....roku.....w .....

zamieszkałego w.....

\* brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia .....

\* istnieją przeciwwskazania do podjęcia.....

**KURSU TRENERA I KLASY W PIŁCE NOŻNEJ**

....., dnia.....

.....

pieczęć i podpis lekarza

\*-niepotrzebne skreślić

.....

imię i nazwisko

.....

## OŚWIADCZENIE

W przypadku przyjęcia mnie na kurs zobowiązuje się do ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z odbywanym kursem.

.....

podpis