

ПОТВРДА О ОБАВЉЕНОМ ЛЕКАРСКОМ ПРЕГЛЕДУ**ПОДАЦИ О ТАКМИЧАРУ**

ПРЕЗИМЕ _____

ИМЕ _____

ДАТУМ РОЂЕЊА _____

ЈМБГ _____

БРОЈ ТАКМИЧАРСКЕ ЛЕГИТИМАЦИЈЕ _____

ИМЕ ТЕНИСКОГ КЛУБА _____

ПОДАЦИ О ЛЕКАРСКОМ ПРЕГЛЕДУ

ДАТУМ ЛЕКАРСКОГ ПРЕГЛЕДА _____

Оцена лекара специјалисте

1. СПОСОБАН
2. СПОСОБАН СА ОГРАНИЧЕЊЕМ _____
3. ПРИВРЕМЕНО НЕСПОСОБАН
4. НЕСПОСОБАН ЗА ПРЕДЛОЖЕНУ СПОРТСКУ ГРАНУ, ОДНОСНО ДИСЦИПЛИНУ
5. НЕСПОСОБАН
6. ОЦЕНА И МИШЉЕЊЕ СЕ НЕ МОГУ ДАТИ ЗБОГ _____

Напомена:

На лекарски преглед обавезно је понети последњу такмичарску легитимацију или у случају прве регистрације документ којим такмичар може да се идентификује (ђачка књижица, здравствена књижица, пасош...)
Такмичари млађи од 18 година прегледају се у присуству родитеља/старатеља.

М.П. Здравствене установе

Печат и потпис лекара специјалисте