

ZBIORCZA LISTA BADAŃ LEKARSKICH

NR	NAZWISKO	IMIĘ	DATA URODZENIA	DATA BADANIA	DATA NASTĘPNEGO BADANIA	PIECZĄTAKA LEKARZA
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Oświadczam, że wyżej wymienieni zawodnicy/zawodniczki nie posiadają przeciwwskazań do uprawiania sportu oraz występowania w zawodach piłki ręcznej.

PIECZĘĆ LEKARZA