# POTVRDENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTIHRÁČA/HRÁČKY FUTBALU

# *(športová a telovýchovná aktivita)*

Meno a priezvisko dieťaťa: …………………………………………………………………......................

Dátum narodenia: ………………………………………………………………………….........…..

Bydlisko: …………………………………………………………………......................

**Posudzované dieťa je na súťažný futbal**:

▪ zdravotne spôsobilé

▪ zdravotne nespôsobilé: ……………………………………………………………………....................

▪ zdravotne spôsobilé s podmienkou (s obmedzením): …………………………….…...................…

**Potvrdenie o tom, že dieťa:**

▪ sa podrobilo stanoveným pravidelným očkovaniam: ÁNO – NIE

▪ je alergické na: ………………………………………………………….......………….............

▪ dlhodobo užíva lieky (typ/druh, dávka): …………………………………………………....

Posudok je platný 12 mesiacov odo dňa jeho vydania, pokiaľ v súvislosti s ochorením
v priebehu tejto doby nedošlo k zmene zdravotnej spôsobilosti. V prípade zmeny zdravotného stavu dieťaťa si rodičia vyžiadajú nový posudok lekára o zdravotnej spôsobilosti. Po dobu platnosti je posudok uchovávaný v dokumentácii vo futbalovej akadémii FK Nižná.

**Dátum vydania posudku:**

**Podpis a pečiarka lekára:**