

PŘIHLÁŠKA DO SK INTEGRY CHROUSTOVICE, z.s.



Příjmení :

Jméno :

Rodné číslo :

Ulice/čp. :

Obec :

Region : PSČ :

Telefon :

Email :

ŽÁDÁM O ČLENSTVÍ VE
SPORTOVNÍM KLUBU :

SK INTEGRY CHROUSTOVICE, z.s.

Seznámil(a) jsem se s podmínkami členství v tomto klubu.

SOUHLASÍM s poskytnutím (převodem) informací o zdravotním stavu žadatele z elektronického informačního systému EDOOKIT (OU Chroustovice), pro potřeby SK Integry Chroustovice,z.s.

ANO

NE

V dne

vlastnoruční podpis
(u osob mladších 15 let souhlas zákonných zástupců)

Potvrzení o preventivní lékařské prohlídce 2020

Já (jméno a příjmení) :

a) žádám o preventivní lékařskou prohlídku jako registrovaný sportovec

b) potvrzení zdravotního stavu zákonným zástupcem (nejsou-li známy zdr. rizika omezující sportovní činnost)

TJ/SK:

Rodné číslo:	
Zdravotní diagnóza: (lékař)	
Trvale užívané léky zdravotní omezení : (lékař)	

Sportovní odvětví	Souhlas	Případná omezení
	ANO/NE	
ATLETIKA		
BASKETBAL		
FLORBAL		
CYKLISTIKA/HORSKÁ KOLA		
FUTSAL A KOPANÁ		
BĚŽECKÉ LYŽOVÁNÍ		
NOHEJBAL		
PLAVÁNÍ		
PŘESPOLNÍ BĚH		
STOLNÍ TENIS / TENIS		
TURISTIKA		

Zdravotní stav žadatele nebrání ve sportovní a závodní činnosti ve vyjmenovaných sportovních odvětvích.
V případě změny zdravotního stavu, **nutno oznámit** tyto skutečnosti včas klubu (trenér, sekretář, ...)
Neproškrtnout, vypsát slovy „bez diagnózy, bez omezení“ apod.

Datum:.....

.....
Razítko a podpis lékaře/zákon. zástupce