**Potvrzení praktického lékaře o zdravotní způsobilosti hráče(ky)**

Hráč(ka) bude provozovat pohybové aktivity, včetně soutěží v rámci basketbalového oddílu BK Vyškov.

Jméno a příjmení hráče(ky):

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posuzovaný pacient:

* JE zdravotně způsobilý
* NENÍ zdravotně způsobilý
* JE zdravotně způsobilý S TÍMTO OMEZENÍM:

Potvrzujeme, že pacient

* se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
* je alergický na ………………………………………………………………………
* dlouhodobě užívá léky:

Jiná sdělení lékaře:

…………………………………… …………………………………………………………………………..

datum vydání posudku razítko a podpis lékaře