



## POTVRDENIE LEKÁRA

MENO a PRIEZVISKO ŠPORTOVCA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓZA: \_\_\_\_\_

ORGANIZÁCIA (klub, škola, DSS, CSS, DS, CVČ, iné):

ALEBO

INDIVIDUÁLNY ČLEN (uviest' meno registrovaného rodiča v ŠOS):

\_\_\_\_\_

KONTAKT: \_\_\_\_\_

Športovec/športovkyňa s intelektuálnym znevýhodnením (mentálnym postihnutím) je:

**SPÔSOBILÝ(Á)\* / NESPÔSOBILÝ(Á)\*** zúčastňovať sa športových súťaží ŠOS V ROKU 2024.

**\*nehodiace preškrtnite**

MENO, PRIEZVISKO lekára: \_\_\_\_\_

KONTAKT na lekára: \_\_\_\_\_

**POZNÁMKA:** Všetky údaje sú **povinné** inak je potvrdenie lekára neplatné.

**PEČIATKA lekára:**

