

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ**  
pro SK Přerov, oddíl atletiky

Jméno:  
Bydliště:  
Rodné číslo:  
Pojišťovna:

Potvrzuji, že jmenovaný může závodně provozovat atletiku.

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ**  
pro SK Přerov, oddíl atletiky

Jméno:  
Bydliště:  
Rodné číslo:  
Pojišťovna:

Potvrzuji, že jmenovaný může závodně provozovat atletiku.

Datum:

Razítko a podpis lékaře: