

ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ

Jméno a příjmení rozhodčího: _____

Adresa: _____

Jméno a příjmení potvrzujícího lékaře: _____

Datum a místo prohlídky: _____

Tímto potvrzuji, že jmenovaný:

1. Nemá žádné zjevné zdravotní problémy nebo onemocnění, které by mu zabraňovalo v působení ve funkci rozhodčího při basketbalových utkáních. Zdravotní stav včetně stavu kardiovaskulárního systému nevykazuje žádné takové komplikace.
2. Nemá žádné zdravotní omezení, které by zabraňovalo absolvování fyzického testu pro basketbalové rozhodčí.

Datum

Podpis a razítko lékaře

Toto zdravotní potvrzení má platnost 12 měsíců a musí být rozhodčím předloženo před každým absolvováním fyzického testu.