**KARTA ZDROWIA SPORTOWCA …………………………………………** Nazwa klubu/pieczęć klubu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| Data urodzenia |  | Dyscyplina sportu | **Piłka nożna** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wzrost | Waga | Wynik badania | Data | Pieczątka i podpis lekarza |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**x  
 ZGODA NA GRĘ W WYŻSZEJ KATEGORII WIEKOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sezon rozgrywkowy | Z kategorii do kategorii | Zgoda rodziców  Podpisy | Data | Pieczątka i podpis lekarza (w przypadku zgody do seniorów lekarz medycyny sportowej) | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Karta zdrowia jest ważna **1 rok** od daty ostatniego badania, chyba że lekarz stwierdzi inaczej.