

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Podle vyhlášky MZČR č. 391/2013, Sb., § 7 O zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Potvrzuji, že výše uvedená osoba je na základě posouzení jejího zdravotního stavu

ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ

k účasti na vzdělávání a k výkonu činnosti instruktora/trenéra v rámci příslušné profesní kvalifikace.

Posuzovaná osoba nemá zjištěné tělesné ani duševní onemocnění nebo poruchu, ani jiný zdravotní stav či účinek užívané medikace, které by omezovaly nebo vylučovaly bezpečný výkon této činnosti.

☐ Způsobilá bez omezení

☐ Způsobilá s omezením:

☐ Nezpůsobilá

V _____ dne _____

Jméno lékaře: _____

Podpis a razítko lékaře:
