

.....
(pieczęć przychodni)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI
(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

(imię i nazwisko)

badany dnia _____ 2016 roku

Wynik badania :

nie stwierdzono przeciwwskazań do sędziowania zawodów piłki nożnej na okres jednego roku od daty przeprowadzenia badań.

Uwagi:

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(pieczęć przychodni)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI
(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

(imię i nazwisko)

badany dnia _____ 2016 roku

Wynik badania :

nie stwierdzono przeciwwskazań do sędziowania zawodów piłki nożnej na okres jednego roku od daty przeprowadzenia badań.

Uwagi:

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

