****Posúdenie zdravotnej spôsobilosti na šport**

Menovaný/á **NIE JE** v zmysle zákona č. 440/2015 o športe vrcholovým športovcom a nie je zaradený do zoznamu talentovaných športovcov

**Meno a priezvisko: ..............................................................rodné čislo ..............................**

**Žiadosť o posúdenie zdravotnej spôsobilosti**

Žiadame Vás o vykonanie lekárskej prehliadky za účelom posúdenia zdravotnej spôsobilosti vykonávať bojový šport ( TAEKWONDO WT )

Charakter lekárskej prehliadky: ročná lekárska prehliadka

**Výsledok posúdenia zdravotnej spôsobilosti na šport:**

Na základe odbornej lekárskej prehliadky potvrdzujem, že hore menovaný/á je \*)

1. Spôsobilý v plnom rozsahu na výkon bojového športu ( Taekwondo WT )
2. Nespôsobilý na výkon bojového športu ( Taekwondo WT )
3. Spôsobilý na výkon bojového športu ( Taekwondo WT ) s obmedzeniami:

Vypísať:........................................................................................................................

V ................................. dňa........................................................................
( podpis a odtlačok pečiatky všeobecného lekára, pediatra športovca )

V ................................. dňa........................................................................
( podpis športovca, resp. zákonného zástupcu, že absolvoval LP )

V ................................. dňa........................................................................
( podpis matrikára klubu, že archivuje originálne tlačivo )

V ................................. dňa........................................................................
( podpis a pečiatka trénera klubu, akceptovanie výsledku LP )

\*) správnu možnosť zakrúžkujte