



VOLEJBALOVÝ KLUB JIRKOV, z. s.

Jméno hráče: _____ Datum narození _____

Vyjádření rodičů (zákonného zástupce): Souhlasím, aby mé dítě aktivně sportovalo ve Volejbalovém klubu Jirkov, z. s., a zároveň souhlasím, s následujícími podmínkami:

- nejpozději **do 15. září** každého roku musí dítě **absolvovat lékařskou preventivní prohlídku** u svého obvodního lékaře, který potvrdí jeho zdravotní způsobilost k další sportovní činnosti v klubu. Náklady spojené s prohlídkou klub nehradí.

Vyjádření lékaře ke sportovní činnosti ve volejbalovém klubu:

Posuzovaný člen: - je zdravotně způsobilé*
 - není zdravotně způsobilé*
 - je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*:

Datum prohlídky: _____ Podpis a razítko lékaře: _____

Vyjádření lékaře ke sportovní činnosti ve volejbalovém klubu:

Posuzovaný člen: - je zdravotně způsobilé*
 - není zdravotně způsobilé*
 - je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*:

Datum prohlídky: _____ Podpis a razítko lékaře: _____

Vyjádření lékaře ke sportovní činnosti ve volejbalovém klubu:

Posuzovaný člen: - je zdravotně způsobilé*
 - není zdravotně způsobilé*
 - je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*:

Datum prohlídky: _____ Podpis a razítko lékaře: _____

