



Аз подписаният по-долу лекар удостоверявам, че персонално извърших лекарски преглед на упоменатия по-долу състезател и това е моят пълен медицински доклад

Данни за играча			
ФАМИЛИЯ	ИМЕ	КЛУБ	Дата, месец и год. на раждане
МЯСТО НА ПРЕГЛЕДА			ДАТА И ВРЕМЕ НА ПРЕГЛЕДА

ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

ДИАГНОЗА И ПРЕПОРЪЧАНО ЛЕЧЕНИЕ

СЛЕД ИЗВЪРШЕНИЯ ПРЕГЛЕД, МЕДИЦИНСКОТО МИ СТАНОВИЩЕ Е, ЧЕ УПОМЕНАТИЯ ПО-ГОРЕ ИГРАЧ
<input type="checkbox"/> страда от травма или болест, диагностицирана по-горе, в резултат от което не може да участва в състезания от <input type="text" value="ДАТА"/> до: <input type="text" value="ДАТА"/>
<input type="checkbox"/> не може да завърши мача си, но ако състоянието на играча по-късно през деня се подобри, може да участва в друг мач
<input type="checkbox"/> може да участва в състезания

ПОДПИС НА ЛЕКАРЯ			
ИМЕ НА ЛЕКАРЯ	СПЕЦИАЛНОСТ	ТЕЛЕФОН	Подпис на лекаря:

ПОДПИС НА СЪСТЕЗАТЕЛЯ		
Разбирам и приемам поставената диагноза		
	Подпис на Главния съдия:	Подпис на състезателя: