

.....
(pieczętka przychodni)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI

(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

(imię i nazwisko)

Badany dnia _____ 2017 roku

Wynik badania:

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

UWAGI:

.....
(pieczętka i podpis lekarza)