



SK LÁZNĚ BOHDANEČ, z.s.

Oddíl kopané

Zdravotní informace o hráči

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Jméno rodiče, nebo zákonného zástupce vč. tel. čísla, e-mail:

Ošetřující lékař, (jméno, tel. spojení): _____

Zdravotní pojišťovna, kód: _____

Zdravotní problémy, (alergie, zvláštní péče):

Prohlašuji na základě lékařské prohlídky, že jsem způsobilý absolvovat fyzickou zátěž fotbalových tréninků a zápasů bez nebezpečí poškození svého zdraví.

Svým podpisem též uděluji souhlas se zveřejňováním fotek a videí s mou osobou na internetu, klubovém webu, v médiích a na sociálních sítích.

U hráče mladšího 18ti let je nutný podpis zákonného zástupce.

Zákonný zástupce též svým podpisem uděluje souhlas se startem hráče v zápasech vyšší kategorie.

Datum: _____

Podpis hráče: _____

Podpis zákonného zástupce: _____