



## Potvrzení o lékařské prohlídce plavkyně:

Jméno, příjmení: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Alergie: ..... ano ne

Schopna tréninkové zátěže: ..... ano ne

Léčená: ..... ano ne

V případě, že ano, z jakých důvodů:

Datum:

Razítko a podpis lékaře: