



## ROČNÍ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKA

v souladu s Vyhláškou o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu č. 391/2013

### Vyplní žadatel:

Příjmení		Jméno	
Datum narození		Místo narození	
Rodné číslo			
Trvalé bydliště			
Ulice		Číslo popisné	
Město		PSČ	
E-Mail		Telefon	

### Vyplní lékař:

Váha	
Výška	
Krevní tlak	
Hemofilie	
Astma	
Alergie	
Vrozená vada	
Srdeční choroby	
Epilepsie	
Jiná závažná onemocnění	
Dlouhodobě užívané léky	

### Vyplní lékař: **POVINNÉ PRO VŠECHNY!!**

<b>Výsledek EKG:</b>
----------------------

Vyplní lékař: (Nehodící se škrtněte)

**ŽADATEL SCHOPEN - NESCHOPEN MUAYTHAI (THAJSKÉHO BOXU) BEZ OMEZENÍ**

Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



**CZECH  
MUAYTHAI  
ASSOCIATION**  
Zátopkova 100/2  
169 00 Praha 6-Břevnov  
Czech Republic  
[www.czechmuaythai.cz](http://www.czechmuaythai.cz)

Vyplní lékař: **POUZE PRO REPREZENTACI C.M.T.A.!**

Zátěžové vyšetření včetně monitorace elektrokardiografické křivky a tlaku krve

Vyplní lékař: (Nehodící se škrtněte)

**ŽADATEL SCHOPEN - NESCHOPEN MUAYTHAI (THAJSKÉHO BOXU) BEZ OMEZENÍ**

Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_