



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!!**

Výsledek zátěžového EKG:

Vyplní lékař: (Nehodící se škrtněte)

ŽADATEL SCHOPEN - NESCHOPEN MUAYTHAI (THAJSKÉHO BOXU) BEZ OMEZENÍ

Razítko a podpis lékaře: _____ Datum: _____