



Magyar Labdarúgó Szövetség

Levél cím: 1386 Budapest 62. Pf. 906/1
Tel.: +36 1 577 9500 | Fax: +36 1 577 9503

ORVOSI JAVASLAT

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
TAJ szám:	
Lakcím:	

<i>Fent nevezett gyermek Bozsik Gyermeklabdarúgó Fesztiválon és Tornán való részvétele * megfelelő rész aláhúzandó</i>	JAVASOLHATÓ	NEM JAVASOLHATÓ
--	--------------------	----------------------------

Orvosi javaslat kiállításának ideje:	
Orvosi javaslat érvényessége (max. 1 labdarúgó szezon):	
A részvételre vonatkozó megkötés (pl. védőszemüveg):	
Orvosi javaslatot kiállító orvos neve, pecsétszáma:	

Dátum:

.....

orvos aláírása, körpecsét

Fent nevezett gyermek szülője/ törvényes képviselője kijelentem, hogy a javaslatot kiadó orvossal gyermekem egészségi állapotára vonatkozó minden lényeges egészségügyi adatot közöltem. Elhallgatott betegsége nincs gyermekemnek.

A Bozsik Gyermeklabdarúgó Fesztivál és Torna egészségügyi feltételeiről szóló tájékoztatót átvettem, elolvastam, megértettem.

Dátum:

.....

szülő/törvényes képviselő