

OBRAZAC IZJAVE O PRISTANKU OBAVLJANJA LIJEČNIČKOG PREGLEDA

Podaci o roditelju/skrbniku/zakonskom zastupniku:

Ime:
Prezime:
OIB:
Adresa:
Telefon:
Elektronička pošta:

Podaci o sportašu:

Ime:
Prezime:
OIB:
Adresa:
Sportski klub:
Kontaktni broj kluba:

Izjava kojom ja kao roditelj/skrbnik/zakonski zastupnik dajem pristanak za obavljanje zdravstvenog pregleda, sukladno Pravilniku o zdravstvenim pregledima sportaša, za maloljetno dijete.

Mjesto i datum: _____

Potpis roditelja/skrbnika/zakonskog zastupnika: _____