**FK Loko Vltavín z.s.** 

**U Průhonu 659/1, 170 00 Praha 7 – Holešovice**

**e-mail: lokojunior@seznam.cz**

**Čestné prohlášení – lékařská prohlídka**

**dle § 37 SŘ FAČR**

**Fotbalista/ka:**

Jméno:…………………………………………………… Příjmení: ……………………………………………………

Rodné číslo: …………………………………………………… Reg. č. FAČR …………………………………………………..

**Zákonný zástupce:**

Jméno:……………………………………………………Příjmení: ……………………………………………………

Adresa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email: …………………………………………………… Telefon: ……………………………………………………

**„Prohlašuji na základě lékařského posouzení zdravotního stavu, že výše uvedený fotbalista/ka**

**JE ZPŮSOBILÝ/Á absolvovat fyzickou zátěž fotbalových tréninků a utkání bez nebezpečí poškození svého zdraví.“**

**Zákonný zástupce:**

V ……………………………………………………, dne: ………………………………… Podpis: ………………………………………………………….