

ORVOSI ALKALMASSÁGI IGAZOLÁS

Alulírott(vizsgálatot végző orvos)
kijelentem, hogy jogosult vagyok foglalkoztatás egészségügyi szakvéleményt kiadni.

.....
orvos aláírása

Igazolom, hogy

A képzésre jelentkező neve:

Választott sportága:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

TAJ-szám:

a SPORTEDEZŐ/SPORTOKTATÓ/(megfelelő aláhúzendő!) szakma szerinti tevékenység,
foglalkozás gyakorlásának egészségügyi akadálya nincsen.

Dátum:

P.H.

.....
Orvos aláírása