**EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁG IGAZOLÁSA**

**NÉV:**

**ANYJA NEVE:**

**SZÜLETÉSI DÁTUM:**

Kijelentem, hogy az általam elvégzett vizsgálatok alapján, jelentkező testkulturális és sporttudományi képzés megkezdésére egészségügyi szempontból

**ALKALMAS / NEM ALKALMAS**

Budapest, 20 p.h.

sportorvos/háziorvos aláírása