

Załącznik nr 2

Prosimy o wypełnienie **WSZYSTKICH** rubryk i zebranie stosownych podpisów!
JEST TO WARUNEK UDZIAŁU W TURNIEJU!

INFORMACJE O ZAWODNIKU (*wypełnia opiekun)

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	PESEL:
*Adres (jeśli inny niż DPS)		
Osoba do kontaktu w nagłym wypadku:	Telefon: / /	

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (*wypełnia lekarz)

SCHORZENIA

Choroby psychiczne, choroby somatyczne, epilepsja i inne ważne z perspektywy uczestniczenia Zawodnika w meczach

PRZYJMOWANE LEKI

Nazwy leków:	Uwagi:
Alergia na leki:	

SZCZEPIENIA

Tężec: ☐ TAK ☐ NIE	Data ostatniego szczepienia:	Polio: ☐ TAK ☐ NIE	Data ostatniego szczepienia:
--	------------------------------	--	------------------------------

Po przebadaniu zawodnika stwierdzam, że jego stan zdrowia pozwala na czynny udział w Międzynarodowej Lidze Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup 2019.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

POŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA/PSYCHIATRY*

Ja, niżej podpisany stwierdzam, że ww. zawodnik jest **niepełnosprawny intelektualnie** w stopniu

☐ lekkim

☐ umiarkowanym

☐ znacznym

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis psychologa/psychiatry)