

Лечебно заведение:
Гр. (с.)
<b>СПИСЪК НА СЪСТЕЗАТЕЛИТЕ</b>
От отбор: .....Гр./с..... подложени на предсъстезателен медицински преглед на .....2017 г.
В ..... (място на прегледа)
от ..... (име на лекаря)
за състезанието по футбол на ..... 2017 г.

№	Собствено, бащино и фамилно име на състезателите	Заклучение	Подпис на лекаря :
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Прегледани и допуснати до участие ..... /...../ състезатели.

Дата: .....2017 г.

Подпис на лекаря :

Печат на лечебното заведение:

Настоящият предсъстезателен преглед следва да бъде с изходяща дата не по-рано от 3 /три/ дни преди началото на турнира и важи за участието на отбора във всички състезателни дни на турнира.