

Лечебно заведение:

Гр. (с.)

## СПИСЪК НА СЪСТЕЗАТЕЛИТЕ

От отбор: .....Гр./с.....  
подложени на предсъстезателен медицински преглед на .....2018 г.

в ..... от .....  
(място на прегледа) (име на лекаря)

за състезанието по футбол на ..... 2018 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: .....2018 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.

Гр.....