

Potvrdenie lekára

o zdravotnej spôsobilosti vykonávať funkciu rozhodcu futbalu

Potvrdzujem, že _____, nar. _____

je zdravý a schopný vykonávať funkciu rozhodcu futbalu.

Potvrdenie je platné jeden rok od jeho vystavenia.

V _____, dňa _____

pečiatka a podpis lekára