**Posúdenie zdravotnej spôsobilosti pre šport**

Menovaný/á nie je v zmysle zákona č. 440/2015 o športe vrcholovým športovcom a nie je

zaradený/ á do zoznamu talentovaných športovcov

Meno a priezvisko: ..................................................................Dátum narodenia:..............................

**Žiadosť o posúdenie zdravotnej spôsobilosti amatérskeho športovca**

Žiadame Vás o vykonanie lekárskej prehliadky za účelom posúdenia zdravotnej spôsobilosti vykonávať šport: ***Zimné plávanie*** (plávanie na otvorenej vode s teplotou od 0°C do 8°C)

Charakter lekárskej prehliadky :

A, vstupná lekárska prehliadka

B, ročná lekárska prehliadka

C, iná ...............................................

V ................................................dňa................................................ ( podpis a odtlačok pečiatky klubu )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Výsledok posúdenia zdravotnej spôsobilosti na šport Zimné plávanie**

Na základe odbornej lekárskej prehliadky potvrdzujem, že hore menovaný/á je1 :

1. Spôsobilý/á v plnom rozsahu na výkon športu *Zimné plávanie*

2. Spôsobilý/á na výkon športu *Zimné plávanie*

s obmedzeniami :..............................................................................................................................

3. Je nespôsobilý na výkon športu *Zimné plávanie*.

Doba platnosti posudku:

(Ak lekár neurčí kratšiu dobu, má lekárska prehliadka

potvrdená týmto posudkom platnosť 1 rok)

Dátum vydania posudku: ...............................

( podpis a odtlačok pečiatky lekára ) 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 správnu možnosť zakrúžkujte

2 obvodný lekár, resp. lekár v odbore pediatria, športový lekár