

.....  
(pieczęć przychodni)

Nr rejestr. ....

..... dn. ....

## ***STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI***

*(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)*

Pan .....  
(imię i nazwisko)

badany dnia .....

Wynik badania: nie stwierdzono przeciwwskazań do sędziowania zawodów  
piłki nożnej na okres do końca 2018 roku.

Uwagi: .....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)