

## Souhlas s předáním výsledků sportovní prohlídky

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

Výše uvedený sportovec (či jeho zákonný zástupce) souhlasí, aby jeho výsledky vyšetření u sportovního lékaře byly k dispozici trenérům Krajského centra talentované mládeže Vysočina a příslušnému klubu, jehož je členem.

Datum: .....

Podpis: .....