

BADANIA OKRESOWE

data badania	dyscyplina sportu	pieczętka i podpis lekarza

BADANIA LEKARSKIE UPOWAŻNIAJĄCE DO PONOWNEGO UPRAWIANIA SPORTU

data badania	pieczętka i podpis lekarza



KARTA ZDROWIA ZAWODNIKA SPORTÓW MOTOROWYCH

WYPADKI



data wypadku	lokalizacja nazwa zawodów	diagnoza powypadkowa	pieczętka i podpis lekarza

imię

.....

nazwisko

.....

data urodzenia

.....

narodowość

.....