

Potvrdenie lekára

o zdravotnej spôsobilosti vykonávať funkciu rozhodcu futbalu

Potvrdzujem, že _____, nar. _____
je zdravý a schopný vykonávať funkciu rozhodcu futbalu v súťažnom ročníku 2017/2018 (v období
od 1.7.2017 do 30.6.2018).

V _____, dňa _____

pečiatka a podpis lekára