

Potvrdenie lekára

o zdravotnej spôsobilosti vykonávať funkciu rozhodcu futbalu

Potvrdzujem, že _____, nar. _____
je zdravý a schopný vykonávať funkciu rozhodcu futbalu v súťažnom ročníku 2018/2019 (v
období od 1.7.2018 do 30.6.2019).

V _____, dňa _____

pečiatka a podpis lekára