



ОДБОЈКАШКИ САВЕЗ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ
VOLLEYBALL ASSOCIATION OF THE REPUBLIC OF SRPSKA

СПИСАК ПИОНИРА-КИ
ЗА ЉЕКАРСКИ ПРЕГЛЕД
(до 14 навршених година)

ЈЗУ ЗАВОД ЗА МЕДИЦИНУ РАДА И СПОРТА РС _____

ОДБОЈКАШКИ КЛУБ: _____ из _____

Ред. бр.	Презиме и име	Пол Ж/М	ЈМБГ	Мјесто рођења	Датум извршеног љекарског прегледа	Способан/на	Потпис и факсимил љекара	Примједбе
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

У _____

Овлаштена здравствена установа

Овлашћено лице клуба

Дана, ____ 202__ .године

М. П.

М.П.

Потпис овлашћеног лица

Потпис (пуно име и презиме)

Попунити у електронској форми

НАПОМЕНА:

Служи за учешће у такмичењу као доказ о здравственој способности.