

SPECIJALISTIČKI LIJEČNIČKI PREGLED

R. br.	Prezime i ime	Datum rođenja	OIB	Sposobnost (Da/Ne) za stariju dobnu kategoriju (navesti dobnu kategoriju)	Datum pregleda

*prekrižiti prazne i nepopunjene retke po završetku pregleda i ovjere

Potvrđujem da su navedeni igrači pregledani u smislu sposobnosti za nogometna natjecanja shodno podacima u tablici, zaključno s rednim brojem _____.

OVJERA LIJEČNIKA: