



Formularz zdrowotny Seni Cup 2022

Prosimy o wypełnienie **WSZYSTKICH** rubryk i zebranie stosownych podpisów!
JEST TO WARUNEK UDZIAŁU W TURNIEJU!

(Wypełniony formularz zdrowotny zawodnika należy dostarczyć do biura organizacyjnego w dniu przyjazdu na zawody)

INFORMACJE O ZAWODNIKU (*wypełnia opiekun)

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	PESEL:
*Adres (jeśli inny niż DPS)		
Osoba do kontaktu w nagłym wypadku:	Telefon: / /	

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (*wypełnia lekarz) SCHORZENIA

Choroby psychiczne, choroby somatyczne, epilepsja i inne ważne z perspektywy uczestniczenia Zawodnika w meczach

PRZYJMOWANE LEKI

Nazwy leków:	Uwagi:
Alergia na leki:	

SZCZEPIENIA

Tężec: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data ostatniego szczepienia:	Polio: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data ostatniego szczepienia:
--	------------------------------	--	------------------------------

Po przebadaniu zawodnika stwierdzam, że jego stan zdrowia pozwala na czynny udział w Turnieju Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych SENI Cup 2022.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

POŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA/PSYCHIATRY*

Ja, niżej podpisany stwierdzam, że ww. zawodnik jest **niepełnosprawny intelektualnie** w stopniu

- lekkim
 umiarkowanym
 znacznym

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis psychologa/psychiatry)

