



## Formularz zdrowotny Seni Cup 2020

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 Międzynarodowej Lidze Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych SENI Cup 2020.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

### **POŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA/PSYCHIATRY\***

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

- lekkim
- umiarkowanym
- znacznym

.....  
(miejsowość i data)

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