Lékařské potvrzení

#### Lékařské potvrzení se vystavuje na požadavek Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR na základě požadavku obecných vstupních podmínek do trenérského kurzu, a to na základě Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 391/2003 Sb. (§ 7).

#### Toto potvrzení slouží jako vstupní předpoklad zařazení do trenérského vzdělávání na základě udělené akreditace Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

#### Příjmení účastníka: ……………………………………………………………………………………………

#### Jméno účastníka: ………………………………………………………………………………………………

#### Datum narození / rodné číslo: ……………………………………………………………………………

#### Místo narození: ………………………………………………………………………………………………

#### Trenérská specializace: …………………………………………………………………………………..

#### S C H O P E N N E N Í S C H O P E N

#### \*nevyhovující škrtněte

#### Účastnit se vzdělávacího programu vedoucí k získání rekvalifikace pro pracovní činnost:

#### Trenér/ka lukostřelby

#### (např. trenér atletiky, basketbalu, cyklistiky apod.)

#### Datum:

#### Podpis lékaře:

#### Razítko: