

Z D R A V O T N Í P O T V R Z E N Í

Toto je potvrzení že:

Jméno a příjmení :
Datum narození :
Bydliště :

Reprezentant školy:

je schopen zúčastnit se

každé národní a mezinárodní wushu soutěže včetně celoroční
aktivní fyzické přípravy, které se konají v průběhu
roku _____

Krevní tlak:

Puls:

V dne

Razítko a podpis lékaře.