



Zabrzeński Klub
KARATE
kyokushinkai

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
(Imię i nazwisko)

Przeciwwskazań zdrowotnych do uczestniczenia w zajęciach sportowo-rekreacyjnych (karate). W zakresie nie stwierdza się (lekarz rodzinny - rekreacja lub dotyczy sportu – lekarz sportowy).

ZDOLNY(A)

NIEZDOLNY(A)



Zabrzeński Klub Karate Kyokushinkai
41-800 Zabrze, ul. Klimasa 2/6, tel.kom.: (+48) 793 751 277
e-mail: kontakt@karatezabrze.pl, www.karatezabrze.pl
NIP: 6482364151; REGON: 276817023; Nr konta: 85 2030 0045 1110 0000 0213 2090