

**Kolegium Sędziów
Podokręgu Piłki Nożnej
w Skoczowie**

.....
(pieczętka przychodni)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI

(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

Pan(i) _____
(imię i nazwisko)

(PESEL)

badany(a) dnia _____

Wynik badania :

nie stwierdzono przeciwwskazań do sędziowania zawodów piłki nożnej
na okres jednego roku od daty przeprowadzenia badań.

Uwagi :

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

**Kolegium Sędziów
Podokręgu Piłki Nożnej
w Skoczowie**

.....
(pieczętka przychodni)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI

(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

Pan(i) _____
(imię i nazwisko)

(PESEL)

badany(a) dnia _____

Wynik badania :

nie stwierdzono przeciwwskazań do sędziowania zawodów piłki nożnej
na okres jednego roku od daty przeprowadzenia badań.

Uwagi :

.....
(pieczętka i podpis lekarza)