SPORTORVOSI IGAZOLÁS

…………………………………………………………………………………… (név)

…………………………, …………………………………… (születési hely és idő)

a játékvezető tanfolyam fizikai felmérésein és gyakorlati foglakozásain való közreműködésre, továbbá labdarúgó mérkőzés vezetésére

 ALKALMAS NEM ALKALMAS

PH

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sportorvos aláírása és pecsétje