

Prezime: \_\_\_\_\_

Ime: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Uporaba ovog obrasca je obavezna, različiti se neće zaprimati. Ovaj obrazac treba biti potpunjen, potpisan i pečatiran od strane liječnika.

Potvrda se mora predati pri preuzimanju startnog broja u Umagu.

**Bez liječničke potvrde, natjecatelji neće moći nastupiti na utrci.**

### **LIJEČNIČKA POTVRDA**

Ja, niže potpisani liječnik \_\_\_\_\_

potvrđujem da medicinski pregled natjecatelja/ice:

Prezime: \_\_\_\_\_

Ime: \_\_\_\_\_

Rođen/a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ne otkriva kotraindikacije za bavljenje natjecateljskim trčanjem.

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Potpis liječnika: \_\_\_\_\_

Mjesto za pečat