



ORAVSKÝ FUTBALOVÝ ZVÄZ, Športovcov 1181/3, 026 01 Dolný Kubín

POVOLENIE

štartu hráča vo vyššej kategórii podľa čl. 45 Súťažného poriadku SFZ

Futbalový klub:.....

žiada po splnení podmienok podľa čl. 45 SP o súhlas štartu vo vyššej vekovej kategórii pre svojho hráča:

meno a priezvisko:.....

dátum narodenia:.....

registračné číslo ISSF alebo rodné číslo:.....

.....
pečiatka a podpis štatutára FK

STANOVISKO

rodičov hráča k štartu vo vyššej vekovej kategórii

*súhlasíme / nesúhlasíme

Dátum:.....podpis rodičov: otec:..... matka:.....

prípadne zákonného zástupcu dieťaťa:

STANOVISKO

telovýchovného lekára, pediatria alebo dorastového lekára

*súhlasím / nesúhlasím

Dátum:....., pečiatka a podpis:

Lekár posudzuje, či je biologický vek, telesná konštrukcia a výkonnosť športovca na takej úrovni, aby bez zdravotného rizika zvládol vyššiu fyzickú, silovú a mentálnu záťaž v staršej kategórii

* nehodiace sa prečiarknuť