

**LIJEČNIČKA POTVRDA**  
(ispuniti tiskanim slovima)

**I**

1. Natjecatelj \_\_\_\_\_ ili partner \_\_\_\_\_ (staviti znak X)
2. Ime i prezime : \_\_\_\_\_
3. Spol (M/Ž) : \_\_\_\_\_ 4. Datum i godina rođenja : \_\_\_\_\_
5. Udruga ili Ustanova : \_\_\_\_\_
6. Adresa i broj telefona : \_\_\_\_\_
7. Ime i prezime trenera : \_\_\_\_\_
8. Adresa i broj telefona osobe za kontakt u hitnom slučaju : \_\_\_\_\_

**II**

1. Ima li natjecatelj problema s nečim od slijedećeg (označiti znakom X) :

	DA	NE
vid		
sluh		
astma		
dijabetes		
srčani problemi		

Down sindrom (DA / NE) \_\_\_\_\_, ako je za Down sindrom odgovor DA, ima li

Atlanto-axialnu nestabilnost (DA / NE) \_\_\_\_\_

koristi li invalidska kolica (DA / NE) \_\_\_\_\_

neko drugo ortopedsko pomagalo (navesti koje) \_\_\_\_\_

Ako je neki od gornjih odgovora DA, molim objasnite: \_\_\_\_\_

2. Zarazne bolesti koje je prebolio i imunizacija (koja i kada): \_\_\_\_\_
3. Alergije i specijalne dijete : \_\_\_\_\_

4. Lijekovi i terapija koju uzima :

Naziv lijeka	Doziranje	Primjedba

5. Komentar liječnika o mogućnosti sudjelovanja natjecatelja na natjecanju u plivanju:

Ime i prezime liječnika : \_\_\_\_\_ Titula: \_\_\_\_\_

Potpis liječnika: \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Žig :