



OBRAZAC IZJAVE O PRISTANKU OBAVLJANJA LIJEČNIČKOG PREGLEDA

| Podaci o roditelju/skrbniku/zakonskom zastupniku | |
|--|--|
| Ime: | |
| Prezime: | |
| OIB: | |
| Adresa: | |
| Telefon: | |
| Elektronička pošta: | |
| Podaci o sportašu | |
| Ime: | |
| Prezime: | |
| OIB: | |
| Adresa: | |
| Sportski klub: | |
| Kontaktni broj kluba: | |

Izjava kojom ja kao roditelj/skrbnik/zakonski zastupnik dajem pristanak za obavljanje zdravstvenog pregleda, sukladno Pravilniku o zdravstvenim pregledima sportaša, za maloljetno dijete.

(mjesto i datum)

(potpis roditelja/skrbnika/zakonskog zastupnika)