.....
(pieczątka Klubu)

Nr ewid. .....

K A R T A

S P O R T O W Y C H

BADAŃ LEKARSKICH

.....
(imię i nazwisko zawodnika)

PESEL | | | | | | | | | | | |

Data badania	*Wzrost*	*Waga*	*Opinia lekarza o stanie zdrowia*	*Pieczątka i podpis lekarza*	*Data następnego badania*