

Okręgowy Związek Piłki Nożnej
w Nowym Sączu
KOLEGIUM SĘDZIÓW

.....
(pieczętka przychodni)

Nr rejestr.

..... dn.

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI
do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego

Pan(i) PESEL
(imię i nazwisko)

Badany(a) dnia

Wynik badania: nie stwierdzono przeciwwskazań do wykonywania funkcji
sędziego piłki nożnej na okres do końca roku.

Uwagi:

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)