

POTVRZENÍ O LÉKAŘSKÉ ZPŮSOBILOSTI

k výkonu činnosti figuranta ve sportovní kynologii

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa bydliště: _____

Na základě provedeného lékařského vyšetření potvrzuji, že výše uvedená osoba je:

- ☐ zdravotně způsobilá k výkonu činnosti figuranta ve sportovní kynologii
- ☐ zdravotně způsobilá s omezením: _____
- ☐ dočasně nezpůsobilá k výkonu této činnosti
- ☐ dlouhodobě nezpůsobilá k výkonu této činnosti

Specifikace činnosti:

Činnost figuranta ve sportovní kynologii zahrnuje zejména:

- fyzickou zátěž , běh , rychlé a dynamické pohyby
- práci v ochranném oděvu a kontakt se psy
- vyžaduje rychlou reakci a odolnost vůči nárazům

Datum vyšetření: _____

Platnost potvrzení do: _____

V _____ dne _____

.....

Razítko a podpis lékaře