

**KARTA ZDROWIA  
ZAWODNIKA KLUBU SPORTOWEGO „ROZWÓJ” KATOWICE**

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

DATA BADANIA	WYNIK BADANIA	PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA	BADANIE WAŻNE
	zdolny/niezdolny do gry		.....msc
	zdolny/niezdolny do gry		.....msc