



Ustanova za zdravstvenu skrb
dr. ŠPIRANOVIĆ
ZA MEDICINU RADA I SPORTA

31000 Osijek, Stjepana Radića 54

T 031/213-333

E info@medicinarada.hr

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:	Odbojkaški klub Valpovka Valpovo
Kontaktni broj kluba:	091/582-5696

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)