Zdravotní dotazník – soustředění oddílu MG

 USK Slávie Ústí nad Labem v Libouchci

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Má vaše dcera nějaké zdravotní stravovací omezení? ANO NE

Jaké?

Má vaše dcera nějaké zdravotní pohybové omezení? ANO NE

Jaké?

Trpí vaše dcera nějakými alergiemi? ANO NE

Jakými?

Užívá vaše dcera pravidelně nějaké léky? ANO NE

Jaké a kdy?

Podpisem stvrzuji, že zde uvedené informace jsou pravdivé:

V ............................. dne…………………… …………………………………………..……

 podpis zákonného zástupce