

LIJEČNIČKA POTVRDA

za sudjelovanje na natjecanjima Specijalne olimpijade Hrvatske za osobe s intelektualnim teškoćama
(odbojka, plivanje, bowling, nogomet, stolni tenis, trčanje na krpljama, skijaško trčanje, skijanje, atletika,
brzo i umjetničko klizanje, kuglanje, pikado, biciklizam, rolanje, floorball)

I

1. Ime i prezime : _____
2. Spol (M/Ž) : _____
4. Datum i godina rođenja : _____
5. Udruga ili Ustanova : _____
6. Adresa i broj telefona : _____
7. Ime i prezime trenera : _____
8. Adresa i broj telefona osobe za kontakt u hitnom slučaju : _____

II

1. Ima li natjecatelj problema s nečim od slijedećeg (označiti znakom X) :

	DA	NE
vid		
sluh		
astma		
dijabetes		
srčani problemi		

Down sindrom (DA / NE) _____, ako je za Down sindrom odgovor DA, ima li

Atlanto-axialnu nestabilnost (DA / NE) _____

koristi li invalidska kolica (DA / NE) _____

neko drugo ortopedsko pomagalo (navesti koje) _____

Ako je neki od gornjih odgovora DA, molim objasnite: _____

2. Zarazne bolesti koje je prebolio i imunizacija (koja i kada): _____
3. Alergije i specijalne dijete : _____

4. Lijekovi i terapija koju uzima :

Naziv lijeka	Doziranje	Primjedba

5. Komentar liječnika o mogućnosti sudjelovanja natjecatelja na natjecanju u gore navedenim sportovima:

Zaokružiti odgovor: 1. Može nastupiti 2. Ne može nastupiti

Ime i prezime liječnika : _____ Titula: _____

Potpis liječnika: _____ Datum : _____

Žig :