

## 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 dr.)

### 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. Odobrenje liječnika za sudjelovanje 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 :