

LIJEČNIČKA POTVRDA

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

I

- Ime i prezime :
- Spol (M/Ž) :
- Datum i godina rođenja :
- Udruga ili Ustanova :
- Adresa i broj telefona :
- Ime i prezime trenera :
- 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)		

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 športovima:

Zaokružiti odgovor:

1. Može nastupiti

2. Ne može nastupiti

Ime i prezime liječnika : _____ Titula: _____

Potpis liječnika: _____ Datum : _____

Žig :