

KLUB: \_\_\_\_\_

**FORMULAR za klasifikaciju**

PREZIME: \_\_\_\_\_

IME: \_\_\_\_\_

SPOL: M Ž

DATUM ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DIJAGNOZA

Prijava plivača za klasifikaciju na natjecanje

(ime natjecanja): \_\_\_\_\_

Potvrđujem da su gore navedene informacije istinite

Ime odgovorne osobe u klubu: \_\_\_\_\_

Telefon, mobitel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MP

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_

***NA DAN KLASIFIKACIJE SA SOBOM PONIJETI SVU MEDICINSKU DOKUMENTACIJU!***

