

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!

