**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Já, níže podepsaný/á zákonný zástupce

Jméno, příjmení člena klubu FK Borek:

Datum narození člena klubu FK Borek:

Adresa místa trvalého pobytu člena klubu FK Borek:

Prohlašuji, na základě znalosti svého / mého dítěte zdravotního stavu, že mám / má potřebnou zdravotní způsobilost ke sportovním výkonům bez jakéhokoliv omezení ve fotbalovém klubu FK Borek a s ním spojených aktivit a soutěží.

V případě zamlčení jakéhokoliv zdravotního stavu za veškeré následky nese zodpovědnost níže podepsaný zákonný zástupce.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_