# Lékařské potvrzení

Potvrzuji, že trenér/trenérka1 ………………………………….………………………………….……………

narozen(a) ………………………………….………………………………….……………

trvale bytem ………………………………….………………………………….……………

je zdravotně způsobilý/způsobilá1 dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 391/2013 Sb. (§ 7) k výkonu funkce trenéra/trenérky1 sportovní gymnastiky, čímž splňuje jednu ze vstupních podmínek
pro přihlášení na školení trenérů a trenérek sportovní gymnastiky II. třídy.

 V(e) ………………………………. dne ……………………………….

 ……………………………………………..

1 nehodící se škrtněte