

# Potvrzení o zdravotní způsobilosti

**IN-LINE**  
**AKADEMIE**

Jméno a příjmení přihlašovaného dítěte:

Bydliště:

Datum narození dítěte:

Zdravotní pojišťovna:

Bruslařská úroveň dítěte:

- Úplný začátečník
- Začátečník
- Pokročilý
- Zdatný bruslař

Důležité informace o dítěti:

(Zde prosím uveďte veškeré informace o dítěti např. alergie, brýle, léky, pravidelné návyky, problémy atp.)

Jména a příjmení a mobilní telefon 2 zákonných zástupců:

Jméno zákonného zástupce:

Podpis:

V Brně, dne: