



ADEVERINȚĂ MEDICALĂ SPORTIV

Nume

Prenume

Data nașterii

Localitatea

Țara

CNP/
PAȘAPORT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Talia sportivului: cm.

Viza medicală valabilă de la data:

Viza medicală valabilă până la data:

Prin această adeverință confirm, bazându-mă pe datele ce mi-au fost aduse la cunoștință și după o examinare medicală conform legii, că sportivul menționat este apt medico-sportiv și poate participa la competițiile organizate de Federația Română de Baschet.

Mă angajez să cunosc reglementările anti-doping și sunt de acord ca adeverința medicală să fie transmisă către ANAD înainte sau în timpul competiției, conform regulamentelor acesteia.

Semnătura sportivului:

Semnătura și parafa medicului
de medicină sportiv

--

Ștampila unității medicale
specializate în medicina sportivă

Clubul sportiv declară pe proprie răspundere că a trimis sportivul menționat la un medic specializat în medicină sportivă, pentru efectuarea controlului medical obligatoriu, și își asumă răspunderea pentru corectitudinea și completitudinea datelor înscrise în acest formular, precum și pentru orice alte consecințe rezultate din nerespectarea obligației de efectuare a controlului medical obligatoriu.

Funcție responsabil club:

Nume responsabil club:

Semnătura și ștampila clubului:

L. S.

L. S.