

Śl.ZPN  
Kolegium Sędziów

Śl.ZPN  
Kolegium Sędziów

.....  
(pieczęć przychodni)

.....  
(pieczęć przychodni)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI  
(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI  
(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

Pan \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

Pan \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

badany dnia \_\_\_\_\_ 2025 roku

badany dnia \_\_\_\_\_ 2025 roku

Wynik badania:  
nie stwierdzono przeciwwskazań do sędziowania zawodów piłki nożnej  
na okres jednego roku od daty przeprowadzenia badań.

Wynik badania:  
nie stwierdzono przeciwwskazań do sędziowania zawodów piłki nożnej  
na okres jednego roku od daty przeprowadzenia badań.

Uwagi:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uwagi:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)