

Śl.ZPN
Kolegium Sędziów

Śl.ZPN
Kolegium Sędziów

.....
(pieczęćka przychodni)

.....
(pieczęćka przychodni)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI
(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

STWIERDZENIE ZDOLNOŚCI
(do wykonywania funkcji sędziego piłkarskiego)

Pan/Pani

(imię i nazwisko)

badany dnia _____ 2026 roku

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

Uwagi:

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

Pan/Pani

(imię i nazwisko)

badany dnia _____ 2026 roku

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

Uwagi:

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)