

**CERTIFICATE OF FITNESS
FOR COMPETITIVE SPORTS PRACTICE**

**ALKALMASSÁGI IGAZOLÁS VERSENYSZERŰ
SPORTTEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉHEZ**

Based on the medical examination carried out by me, of the arterial blood pressure readings, as well as the report of the ECG trace carried out on

Az általam – én végzett orvosi vizsgálat (vérnyomásmérés és EKG) alapján a következő személynél

Name

Keresztnév

Surname

Vezetéknév

Born on in

Születési idő és hely

Resident in has no contraindications in the practice of sport activities.

Lakcím nincs a sporttevékenység végzésének ellenjavallata.

This certificate is valid for one year and will expire on

A jelen igazolás egy éves időtartamra érvényes és lejár - én.

Location / Hely:

Date / Dátum:

(name of the Doctor) / (orvos neve)

(stamp and signature) / (pecsét és aláírás)