

Медицинский опросный лист для участия в соревновании

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Возраст _____, Рост _____, Вес _____, Группа крови _____, R-фактор _____,

аллергия на медикаменты _____

Перенесенные заболевания _____

Хронические заболевания _____

Дата последнего обращения к врачу _____

Причина обращения _____

Перенесенные заболевания и полученные травмы после получения лицензии

Применялись ли Вами препараты, запрещенные антидопинговым агентством

Если, Да то, какие и когда _____

Вся предоставленная мною информация является достоверной.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. _____ Роспись _____