

SPORTORVOSI VIZSGÁLATI LAP

Név:	
Anyja neve:	
Szül. hely, idő:	
TAJ-szám:	
Lakcím:	
Testsúly:	
Testmagasság:	
Ismert betegségei:	
Állandó gyógyszerek:	
Visel-e szemüveget, ha igen, hány dioptriás:	
Háziorvosa neve:	
Egyéb megjegyzés:	