

# Oblasťný futbalový zväz Považská Bystrica

## P O V O L E N I E / O S T A R Š E N I E

štartu hráča vo vyššej vekovej kategórii, podľa čl. 45 SP

Futbalový klub:.....

žiada, po splnení podmienok podľa čl. 45 SP, o súhlas pre štart vo vyššej vekovej kategórii pre svojho hráča: **dospelí/dorast U19/starší žiaci U15/mladší žiaci U13**

.....,

narodený:.....

.....  
Pečiatka a podpis štatutára FK

**Stanovisko telovýchovného (obvodného, dorastového, pediatra) lekára :**

.....

dátum:.....,

pečiatka a podpis:.....

**Stanovisko rodičov hráča k štartu vo vyššej vekovej kategórii:.....**

Súhlasím / nesúhlasím

dátum:....., **podpis rodičov resp. zákonných zástupcov:**

otec:.....

matka:.....

**Celú zodpovednosť za štart hráča vo vyššej vekovej kategórii nesie klub a príslušný tréner.**

**Potvrdenie od lekára má platnosť 1. rok**