**Oblastný futbalový zväz Považská Bystrica**

**P O V O L E N I E / ostaršenie**

**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**