

## BV – MP

### FORMULAR ZA MEDICINSKI PREGLED

<b>IME I PREZIME IGRAČA</b>	_____
<b>DATUM ROĐENJA</b>	_____
<b>DATUM MEDICINSKOG PREGLEDA</b>	_____

Ovim potvrđujem da je moje ime, navedeno u ovom formularu tačno i izjavljujem pod zakletvom, da nisam i neću uzimati nikakve zabranjene supstance sa spiska FIVB i CEV ili Pravilniku o antidopingu WADA. Stoga potvrđujem da nisam pod sankcijama ni u jednoj sportskoj organizaciji.

Prihvatam svaku anti-doping kontrolu pre i za vreme takmičenja, kojoj prihvatam da se podvrgnem slobodnom voljom, kada se to radi strogo u saglasnosti sa Medicinskim propisima FIVB.

\_\_\_\_\_  
**Potpis igrača/ice**

(ili roditelja/staratelja za maloletne igrače/igračice)

Igrač koji je na testiranju može da igra u zahtevnim i stresnim uslovima, uključujući toplotu, visoku vlažnost, izloženost intenzivnom suncu i velikim fizičkim naporima koji mogu da traju i do dva časa.

Ovim potvrđujem pod zakletvom, da je, prema mom najboljem saznanju, gore navedeni odbojkaš/odbojkašica prošao profesionalnu lekarsku kontrolu i da je dobrog zdravlja, te da je u stanju da učestvuje na takmičenjima odbojke na pesku.

\_\_\_\_\_  
**Ime i prezime lekara**

\_\_\_\_\_  
**Faksimil i potpis lekara**