

CN FRT - Cupa TCH

CERTIFICAT MEDICAL

Perioada	Locul de desfășurare	Arbitru principal
6-12.06.2015	TCH - Arcul de Triumf	Colibasanu Florin

Subsemnatul, doctorul turneului, confirm FRT că am realizat personal o examinare fizică a jucătorului mai jos menționat, iar raportul meu medical complet este următorul:

DATE DESPRE JUCĂTOR

Numele de familie	Prenumele	Clubul	Data nașterii (zz/ll/aa)
Locul examinării	Data și ora examinării	Cod personal	

ACCIDENTĂRI ȘI ÎMBOLNĂVIRI SUFERITE DE-A LUNGUL TIMPULUI

	Data evenimentului medical

DATE FIZICE

Temp	Puls	BP	Heent
Gât	Piept / Inima	ABD	EXT
Neuro	Altele		

ANALIZE DE LABORATOR ȘI RADIOGRAFII

Sânge	Urina	Cultură	Altele
Radiografii	Radiografii îndosariate la		

DIAGNOSTIC

TRATAMENT INIȚIAL

INSTRUCȚIUNI CU PRIVIRE LA EXAMINĂRI ULTERIOARE SAU MAI AMĂNUNȚITE

Ca rezultat al examinării mele, consider că sus-numitul jucător:

☐ suferă de o accidentare sau o boală diagnosticată mai sus și trebuie să

nu participe la concursuri de tenis de la:

Data

până la:

Data

☐ este apt pentru competiții de tenis

SEMNĂTURA MEDICULUI

În cazul în care FRT cere ca sus-numitul jucător să fie examinat de un medic independent, sunt de acord să mă consult cu un astfel de medic în ceea ce privește examenul medical și diagnosticul stabilite de mine.

Numele medicului	Adresa	Telefon	Semnătura medicului
Specialitate	Oraș, Țara	Fax	

SEMNĂTURA JUCĂTORULUI

Am înțeles și am luat cunoștință de diagnosticul pus și tratamentul prescris

N.B! Acest certificat medical nu constituie o retragere automată din alte evenimente sportive. E responsabilitatea jucătorului să se retragă de la alte turnee la care nu este apt să joace.	Semnătura jucătorului
---	-----------------------