



USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB FENIKS BJELOVAR
Za opću/obiteljsku medicinu, medicinu rada i športa
Antuna Mihanovića 23, Bjelovar
OIB 43840537342

OBRAZAC IZJAVE O PRISTANKU OBAVLJANJA LIJEČNIČKOG PREGLEDA

Podaci o roditelju/skrbniku/zakonskom zastupniku	
Ime:	
Prezime:	
OIB:	
Adresa:	
Telefon:	
Elektronička pošta:	
Podaci o sportašu	
Ime:	
Prezime:	
OIB:	
Adresa:	
Sportski klub:	
Kontakt broj kluba:	

Izjava kojom ja kao roditelj/skrbnik/zakonski zastupnik dajem pristanak za obavljanje zdravstvenog pregleda, sukladno Pravilniku o zdravstvenim pregledima sportaša, za maloljetno dijete.

(mjesto i datum)

(potpis roditelja/skrbnika/zakonskog zastupnika)