

پیوست ۲

الف: گواهی پزشکی

اینجانب دکترمتخصص..... گواهی می نمایم که آقای/خانم..... مبتلا بهمی باشند - ضمناً از نامبرده معاینه بعمل آمد شرکت وی در مسابقات ورزشی مشروحه ذیل بلامانع است.

تاریخ

مهر و امضاء

ب: دارو های مصرفی

ردیف	نام دارو	دوره دارو	تعداد و نحوه مصرف

اینجانب مسئول کمیته پزشکی هیئت استان صحت مطالب فوق را گواهی می نمایم.

مهر و امضاء

ت: رضایت نامه

اینجانب از استان رشته ورزشی نحوه تمرینات و فعالیت های ورزشی خفیف □ متوسط □ شدید □ دارم برای شرکت در مسابقات ورزشی از آمادگی روحی و جسمی برخوردار می باشم. مسئولیت کلیه عواقب احتمالی (هرگونه حادثه و آسیب دیدگی) ناشی از شرکت در مسابقات را می پذیرم و حق هیچگونه اعتراض در زمان حال و آینده را از خود سلب و ساقط می نمایم.

امضاء و تاریخ

ت: معرفی و تایید هیئت استان

گواهی می شود آقای/ خانم بیمار گروهرشته با داشتن شرایط طبق دستورالعمل فدراسیون جهت شرکت در مسابقات ورزشی معرفی و از نظر این هیئت بلامانع است.

رئیس هیئت استان امضاء تاریخ