**PÍSOMNÝ SÚHLAS**

Dolu podpísaný .....................................................................................................

vyhlasuje,

že je zákonným zástupcom maloletého/maloletej

(uviesť meno a priezvisko dieťaťa).........................................................................................

a súhlasí s vykonaním telovýchovno - lekárskej prehliadky a záťažovej diagnostiky.

Podpis ...................................................................................................................

V .............................. dňa .......................................................................................