Oblastný futbalový zväz Kysúc

P O V O L E N I E

**štartu hráča vo vyššej vekovej kategórii, podľa čl. 113 SP**

Futbalový klub ........................................................................................................

žiada, po splnení podmienok podľa čl. 113 SP, o súhlas pre štart vo vyššej vekovej kategórii pre svojho hráča :

.....................................................................................,

Narodený ................................................

.....................................................................

 pečiatka a podpis štatutára FK

**Stanovisko telovýchovného lekára**: .................................................................................

dátum: ............................................ , pečiatka a podpis: .....................................................

**Stanovisko rodičov hráča k štartu vo vyššej vekovej kategórii**: ......................................

dátum: ............................................ ,

podpis rodičov: otec: ............................................., matka:...........................................

prípadne zákonného zástupcu dieťaťa :

**Celú zodpovednosť za štart hráča vo vlastnej a vyššej vekovej kategórii nesie klub a príslušný tréner.**