***(Antetul clubului)***

 *Nr. Înregistrare ......./.....................*

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul.................................., medic angajat al clubului.................................... confirm prin prezenta că dețin pe suport de hârtie și/sau în format electronic fișele medicale ale jucătorilor seniori legitimați la club.

Locul şi data:

Medic,

Numele şi prenumele

Semnătura

Parafa