KS GROM WOLSZTYN

KARTA ZDROWIA SPORTOWCA

Nazwisko, imię	
Data urodzenia	

Data	Wzrost	Waga	Wynik badania	Pieczątka i podpis	Data następnego badania	Uwagi

KS GROM WOLSZTYN

KARTA ZDROWIA SPORTOWCA

Nazwisko, imię	
Data urodzenia	

Data	Wzrost	Waga	Wynik badania	Pieczątka i podpis	Data następnego badania	Uwagi

ZALECENIA LEKARSKIE	
Data	Opis

ZALECENIA LEKARSKIE	
Data	Opis