**Медицинский опросный лист для участия в соревнованиях**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Возраст |  | Рост |  | Вес |  |
| Группа крови |  | R-фактор |  |  |  |
| Аллергия на медикаменты |  |
|  |
|  |
| Перенесенные заболевания |  |
| Хронические заболевания |  |
|  |
|  |
| Дата последнего обращения к врачу |  |
| Причина обращения |  |
|  |
| Перенесенные заболевания и полученные травмы после получения лицензии |
|  |
| Принимались ли Вами препараты, запрещенные антидопинговым агентством |
|  |
| Если, Да то, какие и когда |  |
|  |
| Вся предоставленная мною информация является достоверной. |
|  |
| « |  | » |  | 2020г. |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ф.И.О.  |  | Роспись |  |