
(klub, udruga članica HSDP-a)

(datum)

IZJAVA

Izjavljujem kao odgovorna osoba (osoba ovlaštena za zastupanje) kluba/druge članice HSDP-a, da je za natjecatelje Kluba s priloženog popisa utvrđena zdravstvena sposobnost za sport daljinsko plivanje i dobnu skupinu, sukladno čl. 15. Zakona o sportu (u zakonskom roku ne starijem od 6 mjeseci).

*Izjava se dostavlja na propisanom obrascu najkasnije 7 dana prije prvog natjecanja na adresu elektronske pošte: info@hsdp.hr

*Po isteku valjanosti zdravstvene sposobnosti za natjecatelje potrebno je dostaviti novu valjanu Izjavu

(ime i prezime odgovorne osobe Kluba)

(potpis)

(pečat kluba/udruge članice HSDP-a)

POPIS NATJECATELJA

	Ime i prezime sportaša
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	

23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	
37.	
38.	
39.	
40.	