

ZÁZNAM O ÚRAZU

**Vyplnit čitelně*

Místo soutěže:

Datum soutěže:

Jméno a příjmení:
zraněné osoby

datum narození:

evidenční číslo SH ČMS:

adresa trvalého bydliště:

zraněná osoba soutěžila za družstvo:

Druh, rozsah a stručný popis zranění:

poskytnuta první pomoc zdravotníkem soutěže:

ano

☐

ne

☐

převoz záchrannou službou:

ano

☐

ne

☐

Podpis zraněné osoby:

v případě, že zraněná osoba nemůže potvrdit svým podpisem záznam viz. výše je nutno vyplnit následující dodatek, a to o osobě vyplňující tento záznam o zranění:

údaje o osobě vyplňující tento záznam

Jméno a příjmení,
datum narození:

evidenční číslo SH ČMS:

adresa trvalého bydliště

adresa:

Podpis osoby vyhotovující záznam: