VRNITI KOMISARJU LIGE DO TERMINA TEKME 1. KROGA

|  |  |
| --- | --- |
| **KLUB:** |  |

**IZJAVA O ZDRAVNIŠKI PRIMERNOSTI IGRALCEV/IGRALK EKIPE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FANTOV U14** |  | **DEKLET U14** |

**V SEZONI 2022/2023**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zagotavljamo in obvezujemo se, da bodo na prvenstvenih in pokalnih tekmah državnega prvenstva v kategoriji **FANTOV/DEKLET U14** nastopili za naš klub samo tisti igralci/igralke s podeljeno pravico nastopa, ki imajo zdravniško potrdilo ustrezne zdravstvene ustanove.   |  | | --- | |  | | Kraj in datum |  |  | | --- | | Odgovorna oseba kluba | |  | |  | | Ime in priimek | |  | |  | | Podpis | |

**17. člen Tekmovalnih propozicij**

Klub mora najkasneje do tekme 1. kroga dostaviti pisno izjavo, da bodo nastopili v tekmovanju tisti igralci, ki imajo veljavno zdravniško potrdilo. Izjavo na predpisanem obrazcu mora podpisati odgovorna oseba kluba, za vsako nastopajočo ekipo posebej. Brez te izjave igralci nimajo pravice nastopa na tekmovanju.