



ФУДБАЛСКИ САВЕЗ ГРАДА НОВОГ САДА

21112 Нови Сад • Париске комуне 38 • поштански фах 43 • тел. 021/444-900
текући рачун: 340-1835-51 • www.fsgns.rs • fsgns@mts.rs

клуб:	(тачан скраћени назив клуба из АПР-а)	седиште:	(место седишта клуба)
категија:	(сенори, омладинци, кадети, пионери, петлићи...)	лига:	(тачан назив лиге)

Играч са специјалним лекарским прегледом (Образац Comet-3)

рб	презиме играча	име играча	ID број играча из „Комета“	матични број играча																
1.																				

Након извршеног специјалног лекарског прегледа, специјална лекарска комисија **констатује** да је играч именован на овом образцу почев од данас способан да наступа за следећу узрасну селекцију: _____.

Датум овере

За здравствену установу:

М.П.

(потпис и факсимил лекара)

На основу мишљења специјалне лекарске комисије, наш клуб **потврђује** да је играч именован на овом образцу почев од данас и закључно до _____ 20____. године способан да наступа за следећу узрасну селекцију: _____.

Датум овере

За клуб:

М.П.

(потпис овлашћеног лица)