

# Narodowa Karta Klasyfikacji Bocci

## DANE ZAWODNIKA:

**Nazwisko\*** \_\_\_\_\_ **Imię** \_\_\_\_\_

**Klub:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_ **Tel. kontaktowy** \_\_\_\_\_

**Mail:**.....

**Data urodzenia** \_\_\_\_\_ **Płeć** \_\_\_\_\_ **Pesel:**-----

**Seria i Nr dowodu os/lub paszportu:** -----:

**Trening Bocci:** staż \_\_\_\_\_ częstotliwość \_\_\_\_\_

*Tą część ankiety wypełnia wyłącznie lekarz medycyny:*

Nazwisko, imię zawodnika: .....

**Diagnoza** (dot. niepełnosprawności narz. ruchu):

**Schorzenia towarzyszące** (np. epilepsja, cukrzyca):

**Inne ważne fakty medyczne** (np. przebyte operacje):

Podpis Lekarza:

Pieczątka:

## **KLASYFIKACJA**

Status badania \_\_\_\_\_

**KLASA BOCCI (BC)** \_\_\_\_\_

Podpis Klasyfikatora:.....

Data i miejsce klasyfikacji:

**Podpis zawodnika:**