



Међуокружни одбојкашки савез
Крагујевац
Удружење одбојкашких судија
Шумадије и Поморавља



Представник одбојкашког клуба _____ из _____,
_____ бр. лк. _____

ИЗЈАВЉУЈЕ

да је на утакмици број _____ одиграној дана _____._____._____. године, доле наведен-а играч-ица наступио-ла без на увид предатог лекарског МЗ обрасца, те да ће исти доставити надлежном комесару такмичења у року од 48 сати.

Играч-ица: _____

Играч-ица: _____

Играч-ица: _____

Играч-ица: _____

Играч-ица: _____

Играч-ица: _____

Играч-ица: _____

Представник клуба
