*Штамп медичної установи*

**ДОВІДКА**

Видана

\_,

(прізвище та ім’я спортсмена)

20 \_ року народження в тому, що він за рівнем свого фізичного стану та фізіологічного розвитку не має протипоказань для участі у Чемпіонаті України (юнаки, U16) з боротьби греко-римської, **серед борців старшої вікової групи – 2008-2009 років народження,** що відбудеться 08-10 листопада 2024 року у м. Хмельницький .

Спортивний лікар

\_

(підпис) (прізвище та ініціали)

*Печатка лікаря*