



RAPORT UPADKOWY PZJ WKKW

ZAWODY

Ranga:

Miejsce:

Data:

ZAWODNIK

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Nr PZJ:

ZDARZENIE

Data:

Godzina:

Miejsce:

(np. arena konkursowa, czworobok, kros, rozprężalnia, inne - opis)

PODEJRZENIE WSTRZĄŚNIENIA MÓZGU

☐ TAK

☐ NIE

ZAWODNIK DOPUSZCZONY DO STARTU

☐ TAK

☐ NIE

Imię i nazwisko osoby dokonującej badania:

Data:

Podpis: