

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

o zdravotní způsobilosti k výkonu činnosti instruktora sebeobrany

posuzovaný

Jméno:

Příjmení:

Tel. číslo:

Email:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Číslo dokladu:

je

- a) *Zdravotně způsobilý(á) k výkonu činnosti instruktora sebeobrany*
- b) *Zdravotně NEzpůsobilý(á) k výkonu činnosti instruktora sebeobrany*
- c) *Zdravotně způsobilý(á) k výkonu činnosti instruktora sebeobrany s tímto omezením:*

.....

.....

Náplň práce:

- tvorba metodických a tréninkových plánů výuky sebeobrany
- zajišťování a pořádání tréninků, kempů, seminářů a přednášek o sebeobraně
- výcvik v tmavých, vlhkých a stísněných prostorech s teplotou -20°C + 40°C
- výcvik úderových a jiných nárazových technik na všechny části těla
- použití obranných prostředků s elektrickým výbojem (elektrický paralyzér)
- vedení týmu cvičenců (děti, dospívající, dospělí)
- nadměrná fyzická zátěž (běh, posilování, plavání, střelba)
- nadměrná psychická zátěž

Razítko a podpis lékaře

Dne.....V.....