

**Paraškola IMPACT**  
Dolní 12, Praha 4  
PSČ: 140 00  
Tel.: 602/958094  
261225431

# ŽÁDOST

## O ZAŘAZENÍ DO ZÁKLADNÍHO PARAŠUTISTICKÉHO VÝCVIKU

Příjmení: ..... Jméno: .....

Datum narození: ..... RČ: .....

Kontaktní adresa: .....

PSČ: ..... Telefon: .....

Zaměstnání/Škola: ..... e-mail: .....

V ..... dne .....  
*podpis žadatele*

### Osvědčení o zdravotní způsobilosti II. třídy

JMÉNO: ..... RČ: .....

JE SCHOPEN – SCHOPNA provádět parašutistický výcvik, včetně seskoků s padákem z letadla.

Omezení:

Datum: .....  
.....  
podpis a razítko  
Určeného leteckého lékaře

*MUDr. Švehlová Květa, sportovní medicína  
Praha 2, Kateřinská 34, 120 00 (metro I.P. Pavlova)  
Objednání na novém tel. čísle: 2 24 94 25 73*

### **Vyplní rodiče nezletilých osob:**

Souhlasím, aby můj syn – má dcera absolvoval(a) parašutistický výcvik a seskoky s padákem.

Podpis zákonného zástupce: .....

Ověřeno dle OP: .....

Ověřil:

V ..... dne.....