

КОШАРКАШКИ КЛУБ

Потврђујем да у периоду од 10 дана од дана давања Изјаве нисам био/ла у свесном контакту са особом код које је потврђена болест COVID-19.

| СВОЈСТВО | РБ. | ИМЕ И ПРЕЗИМЕ | ЕБР | ПОТПИС |
|----------|-----|---------------|-----|--------|
| ИГРАЧИ | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| | 7. | | | |
| | 8. | | | |
| | 9. | | | |
| | 10. | | | |
| | 11. | | | |
| | 12. | | | |
| | 13. | | | |
| | 14. | | | |
| | 15. | | | |
| | 16. | | | |
| | 17. | | | |
| | 18. | | | |
| | 19. | | | |
| | 20. | | | |

| | | | | |
|-----------------|------------|--|--|--|
| ТРЕНЕРИ | 21. | | | |
| | 22. | | | |
| ПРАТИОЦИ | 23. | | | |
| | 24. | | | |
| | 25. | | | |
| | 26. | | | |
| | 27. | | | |
| | 28. | | | |
| | 29. | | | |

у _____, дана _____.

Овлашћени представник клуба

МП