

POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE NA ZOTAVOVACÍ AKCI

Jméno a příjmení dítěte: _____

Rodné číslo: _____ Datum narození: _____

Bydliště: _____

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé *)
- b) není zdravotně způsobilé *)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

*) _____

Posudek je platný 2 roky od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh) _____
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) _____
- d) je alergické na _____
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) _____

Lékař (titul, jméno a příjmení): _____

Identifikace lékaře: _____

Identifikační číslo posudku: _____

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře