

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRACOVAT S DĚTMI

Na základě ustanovení § 10 odst. 1) a 2) a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví, podle kterých: „Fyzické osoby činné při zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

Vydávám toto lékařské potvrzení, že

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____ Datum narození: _____

Bydliště: _____

je zdravotně způsobilý (á) jako činná osoba při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo pracovník.

Potvrzení se vydává na základě výše uvedeného požadavku § 10 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Toto potvrzení je platné dva roky (24 měsíců od data vydání).

Lékař (titul, jméno a příjmení): _____

Identifikace lékaře: _____

Identifikační číslo posudku: _____

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře