



POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Jméno dítěte:

Příjmení dítěte:

Rodné číslo dítěte:

Adresa trvalého pobytu dítěte:

Zdravotní pojišťovna dítěte:

Posuzované dítě je

- zdravotně způsobilé *)
- není zdravotně způsobilé *)
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): *)

Potvrzujeme, že dítě

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE *)
- je proti nákaze imunní (typ/druh):
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) :
- je alergické na :
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Jiné sdělení lékaře

datum vydání posudku

razítko a podpis lékaře

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat školu v přírodě, kurz plavání, dětský tábor, sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 2 roky od data vydání, pokud v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

*) Nevhodné škrtněte