

## Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Adresa místa trvalého pobytu: .....

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): .....

Jiné sdělení lékaře: .....

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): .....

- je alergické na: .....

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): .....

.....

Datum vydání

Podpis a razítko 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 souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

\*) Nevhodné škrtněte