

Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno(-a) 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): _____
- 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 a aktivity apod. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

**) Nevhodné škrtněte.*