

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Tento dokument má platnost 24 měsíců.

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE: _____

DATUM NAROZENÍ: _____ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: _____

ADRESA: _____

POSUZOVANÉ DÍTĚ*)

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky/s omezením:

POTVRZUJEME, ŽE DÍTĚ

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

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE:

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře

*) Nehodící se škrtněte.