

Potvrzení dětského 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 podmínek (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 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

*) Nevhodné škrtněte