



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 kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

d) je alergické na:

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE:

V

dne

.....
(podpis a razítko lékaře)

* Nehodící se škrtněte.