



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 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 absolvoval 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.*