

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte

datum narození dítěte rodné číslo

adresa bydliště

Část A)

Posuzování dítěte k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé *
- b) není zdravotně způsobilé *
- c) je zdravotně způsobilé za podmínek - s omezením *
- d) je zdravotně způsobilé za podmínek - zvýšená péče, dohled nebo dozor *

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B)

Potvrzení o tom, že dítě

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

.....
datum vydání posudku

.....
podpis a razítko lékaře

.....
podpis oprávněné osoby

*) Nehodící se škrtněte