



Posudek o zdravotní způsobilosti pro práci s dětmi a mládeží

Tímto lékařským potvrzením, osvědčuji že:

Jméno: **Příjmení:**

Datum narození: Rodné číslo:

Bydliště:

jakožto osoba činná jako dozor (vedoucí kolektivu) nebo zdravotník při škole v přírodě, zotavovací akci nebo jiné podobné akci pro děti a mládež **je osobou zdravotně způsobilou ve smyslu § 10 odst. 1 a 2 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.**

V souladu s ustanovením výše uvedeného zákona je tento posudek platný do doby změny zdravotní způsobilosti posuzované osoby.

Lékař (titul, jméno a příjmení):

V dne

Podpis a razítko lékaře: