



Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Zdravotní pojišťovna _____

Místo trvalého bydliště _____

Posuzované dítě je: a) je zdravotně způsobilé *)

b) není zdravotně způsobilé *)

c) 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 _____

je alergické na _____

dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) _____

Jiné sdělení lékaře:

Datum vydání

Podpis lékaře

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat školu v přírodě, kurz plavání, dětský tábor, sportovní-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