

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 absolvovat příměstský dětský tábor s plaveckou výukou příp. pravidelný plavecký kurz či kroužek. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

*) Nevhodné škrtněte