

Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno(-a) 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