

**• 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 stamoveným 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 přirode, kurz plavání, dětský tábor, sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

\*) Nevhodně skrtněte.