

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Tento dokument má platnost 24 měsíců.

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE _____

DATUM NAROZENÍ _____ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA _____

ADRESA _____

POSUZOVANÉ DÍTĚ*)

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky/s omezením:

POTVRZUJEME, ŽE DÍTĚ

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE*)

b) je proti nákaze imunní (typ/druh):

c) má trvalou kontraidikaci proti očkování (typ/druh):

d) je alergické na:

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE:

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře

*) Nehodící se škrtněte.