

## 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