



Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno(-a) a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ **Rodné číslo:** _____

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 školu v přírodě, sportovní a zotavovací akce, dle § 21 odst. 2 zák.č. 20/1966 Sb., v rozsahu stanoveném § 9 zákona č. 258/2000 Sb..

Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

*) Nevhodné škrtněte.