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.