



Spolufinancováno
Evropskou unií



Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

/vyplňuje ošetřující lékař/

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 absolvovat 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. Nemusí být výhradně použit tento formulář.*

*) Nevhodné škrtněte.