

# Potvrzení dětského lékaře

## o zdravotní způsobilosti dítěte



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

*\*) Nevhodné škrtněte.*