

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.*