Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

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 k absolvování školy v přírodě, kurzu plavání, dětského tábora, příměstského tábory, 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.

) Nehodící se škrtněte