

## 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 absolvoval školu v přírodě, kurz plavání, dětský tábor, sportovně-rekreační úkce apod. Potvrzení je platné 2 roky od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.*

\*) Nevhodné škrtněte.