



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.