

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): _____

- je alergické na : _____

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): _____

Jiné sdělení lékaře:

datum vydání posudku

razítko a podpis lékaře

*) Nevhodné škrtněte.