

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte na zotavovací akci :

(vyplňuje praktický lékař pro děti a dorost lékař, který dítě registruje) :

Jméno a příjmení : _____

Datum narození : _____ Rodné číslo : _____

Adresa bydliště : _____

Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci je (nehodící se možnosti škrtněte) :

A / zdravé a způsobilé

B/ není zdravotně způsobilé

C/ zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) :

Potvrzení o tom, že dítě :

1/ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO NE

2/ je proti nákaze imunní /typ, druh/ :

3/ má trvalou kontraindikaci proti očkování /typ, druh/ :

4/ je alergické na :

5/ dlouhodobě užívá léky /druh / typ / dávka :

Další sdělení - upozornění :

**Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby
nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.**

Datum vydání posudku :

.....
Podpis, jméno lékaře a razítko zdrav. zařízení