**Potvrzení 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): …………………………………………………………………………….

Jiné sdělení lékaře: ………………………………………………………………………………………………………

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): ………………………………………………..

- je alergické na: ……………………………………………….…………………………………………………………

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

…………………………………………………………………. ……………………………………………………………………

Datum vydání Podpis a razítko 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.

\*) Nevhodné škrtněte