

Potvrzení 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): _____

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

- je alergické na : _____

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

Jiné sdělení/jakékoliv zdravotní komplikace: _____

*) Nevhodné škrtněte.

Dítě je schopno účastnit se:

_____ Od: _____ do: _____

V Praze dne _____

podpis zákonných zástupců dítěte: _____