

# POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

---

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte .....

datum narození dítěte ..... rodné číslo .....

adresa bydliště .....

## Část A)

Posuzování dítěte k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé \*
- b) není zdravotně způsobilé \*
- c) je zdravotně způsobilé za podmínek - s omezením \*
- d) je zdravotně způsobilé za podmínek - zvýšená péče, dohled nebo dozor \*

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

## Část B)

Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh) .....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typu/druh) .....
- d) je alergické na .....
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) .....

.....  
datum vydání posudku                      podpis a razítko lékaře                      podpis oprávněné osoby

\*) Nehodící se škrtněte