

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRACOVAT S DĚTMI

Na základě ustanovení § 10 odst. 1) a 2) a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, podle kterých „Fyzické osoby činné při zotavovací akci jako dozor nebo pracovník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé“.

Vydávám toto lékařské potvrzení, že

..... rodné číslo: .....

jméno a příjmení

trvale bytem: .....

je zdravotně způsobilý/á jako činná osoba při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo pracovník. Potvrzení se vydává na základě výše uvedeného požadavku § 10 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví.

Toto potvrzení je platné dva roky (24 měsíců) od data vydání.

V ..... dne .....

.....

razítko a podpis lékaře