**Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte**

**k účasti na škole v přírodě, sportovním soustředění, atletické soutěži**

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 alergické na : ………………………………………………………………………………..

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

Jiná důležitá sdělení lékaře: ………………………………………………………………...…..

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

Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Datum vydání posudku: …………….

Razítko a podpis lékaře

\*) Nehodící se škrtněte.