

Středisko volného času, Ostrava- Moravská Ostrava, příspěvková organizace

POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Adresa místa trvalého pobytu: _____

PSČ: _____

Posuzované dítě (* *nevhodné škrtněte, omezení upřesněte*):

- je zdravotně způsobilé*)

- není zdravotně způsobilé*)

- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): *) _____

Potvrzujeme, že výše uvedené dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO – NE (* *nevhodné škrtněte*)

- je proti nákaze imunní (typ/druh): _____

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

- je alergické na: _____

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

Jiné sdělení lékaře: _____

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat dětský tábor, sportovně-rekreační akce apod. 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

Důležité upozornění: Bez vyplnění potvrzení o očkování nelze žáka na tábor přijmout.