



# POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

**Posuzované dítě:** - je zdravotně způsobilé  
- není zdravotně způsobilé  
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): \_\_\_\_\_

\*Nehodící se škrtně.

**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): \_\_\_\_\_

\*Nehodící se škrtně.

**Jiná sdělení lékaře:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat školu v přírodě, kurz plavání, dětský tábor, sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 2 roky od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.