

Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození.....

Adresa trvalého bydliště.....

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 proti nákaze imunní (typ/druh):
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) :
- je alergické na :
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Jiná sdělení lékaře:

.....
.....

.....
datum vydání posudku

.....
razítko a podpis lékaře

Potvrzení je platné 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

*) Nevhodné škrtněte.