

**Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte**

Jméno a příjmení : .....

žák(yně) třídy: ..... čtyřletého/osmiletého studia

datum narození : .....

adresa bydliště : .....

pojišťovna: .....

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 \*)

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

- je alergické na: .....

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

Jiné sdělení lékaře:

---

datum vydání posudku

---

razítko a podpis lékaře

*Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat výuku tělesné výchovy, kurz plavání, 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.*

*\*) Nehodící se škrtněte.*