

## Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Jméno(-a) 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 proti nákaze imunní (typ/druh): \_\_\_\_\_
- 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

\*) Nehodící se škrtně.