



POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

SKAUT

TENTO DOKUMENT MÁ PLATNOST 24 MĚSÍCŮ.

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE

DATUM NAROZENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

ADRESA:

POSUZOVANÝ ÚČASTNÍK*)

a) je zdravotně způsobilý

b) není zdravotně způsobilý

c) je zdravotně způsobilý za podmínky/s omezením:

POTVRZUJEME, ŽE VÝŠE UVEDENÉ DÍTĚ:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO – NE*

b) je způsobilé pro práci s dětmi (pokud je starší 15 let)

ANO – NE**

c) je proti nákaze imunní (typ/druh):

d) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

e) je alergické na:

f) e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE:

V

dne

.....
(podpis a razítko lékaře)

* Nehodící se škrtněte.

** Nehodící se škrtněte. Není-li dítě starší 15 let proškrtněte kompletně.