Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

[účastníci mladší 18 let]

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 účastník:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE*
b) je způsobilá pro práci s dětmi (pokud je starší 15 let) ANO – NE*
c) je proti nákaze imunní (typ/druh):

d) má trvalou kontraidikaci 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.