



## Posudek o zdravotní způsobilosti pro práci s dětmi a mládeží

[účastníci a vedoucí starší 15 let]

Tímto lékařským potvrzením, osvědčuji že:

Jméno: ..... Příjmení: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

jakožto osoba činná jako dozor (vedoucí kolektivu) nebo zdravotník při škole v přírodě, zotavovací akci nebo jiné podobné akci pro děti a mládež **je osobou zdravotně způsobilou ve smyslu § 10 odst. 1 a 2 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.**

V souladu s ustanoveným novely zákona č. 258/2000 Sb. (§ 10 odst. 2) má počátkem **1.1.2026** tento posudek **neomezenou platnost.**

Lékař (titul, jméno a příjmení): .....

V ..... dne .....

Podpis a razítko lékaře: