**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na letním táboře**

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: .....................................................................................................................

Datum narození: .........................................................................................................................................................

Adresa místa trvalého bydliště: ..................................................................................................................................

Část A
Posuzované dítě k účasti na letní táboře:
a) je zdravotně způsobilé \*)
b) není zdravotně způsobilé \*)
c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

\*) .................................................................................................................................................................................

Část B

Potvrzení o tom, že dítě:
a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním   ANO – NE \*)
b) je očkováno proti tetanu (datum): ..........................................................................................................................
c) nesmí užívat tyto léky (typ/druh): ..........................................................................................................................
d) je alergické na: .......................................................................................................................................................
e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): ..............................................................................................................

Část C

Jiná sdělení lékaře:

datum vydání posudku

Jméno a příjmení oprávněné osoby: ...........................................................................................................................
Vztah k dítěti: .............................................................................................................................................................
Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: .....................................................................................

---------------------------------------------------------

podpis, jmenovka lékaře

razítko zdrav. zařízení

----------------------------------------------

podpis oprávněné osoby

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke

změně zdravotní způsobilosti.

\*) Nehodící se škrtněte.