**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.