

## Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

### k účasti na sportovním soustředění v termínu od 5.8. do 10.8.2024

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Adresa místa trvalého pobytu: .....

Posuzované dítě:

- je zdravotně způsobilé\*)
- není zdravotně způsobilé\*)
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): \*)

Potvrzujeme, že dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*)
- je proti nákaze imunní (typ/druh): .....
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) : .....
- je alergické na : .....
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): .....

Jiná důležitá sdělení lékaře: .....

Potvrzení je platné 2 roky od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Datum vydání posudku: .....

Razítko a podpis lékaře

\*) Nehodící se škrtněte.