



Základní škola Frýdek-Místek
Československé armády 570, 738 01 Frýdek-Místek

Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

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 trvalo kontraindikaci proti očkování (typ/druh): _____

- je alergické na: _____

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): _____

Jiné sdělení lékaře:

datum vydání posudku

razítko a podpis lékaře

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat školu v přírodě, kurz plavání, dětský tábor, sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 2 roky od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

*) Nevhodné škrtněte