

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE NA ZOTAVOVACÍ AKCI MALÝ RANGER



Osobní údaje dítěte

jméno dítěte:

adresa trv. pobytu:

datum narození:

zdravotní pojišťovna:

Posuzované dítě je: zdravotně způsobilé není zdravotně způsobilé

je zdravotně způsobilé s omezením/výjimkou*

*

Potvrzuji, že dítě:

a) se podrobilo pravidelným očkováním ANO / NE

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

c) má trvalou kontraindikaci k očkování (typ/druh)

d) je alergické na:

e) užívá léky (druh/důvod/dávkování):

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Dne

Podpis zákonného zástupce