



**Příloha č. 4**

**Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte**

*/vyplňuje ošetřující lékař/*

**Jméno(-a) 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): \_\_\_\_\_

**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.*

*Pro potřeby příměstského tábora DSO POCIDLINSKO nemusí být výhradně použit tento formulář.*

\*) Nevhodné škrtněte.