



POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

(§ 9 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví)

Doporučujeme pořídit si kopii tohoto posudku - je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Jméno a příjmení dítěte	Rodné číslo
-------------------------	-------------

INFORMACE O DÍTĚTI ¹

1. Podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním

ANO NE

2. Očkováno proti tetanu - ve kterém roce

3. Kontraindikace proti očkování (typ/druh)

4. Je imunní proti nákaze (typ/druh)

5. Alergické na:

ANO NE

upřesněte.....

6. V současné době užívá léky (typ/druh, dávka - s sebou)

.....

7. Plave²

• výborně • udrží se na vodě • neplavec

Závazně prohlašuji, že se dítě **může** - **nemůže**¹ zúčastnit letního dětského tábora.

V	dne	razítko a podpis lékaře
---	-----	-------------------------

Zde vložte (přilepte) **kopii průkazu**

zdravotní pojišťovny s čitelným

jménem a evidenčním číslem.

¹ nehodící se škrtněte

² odpovídající zakroužkujte