

## LÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ÚČASTNÍKA: \_\_\_\_\_

RODNÉ ČÍSLO: \_\_\_\_\_

ADRESA: \_\_\_\_\_

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: \_\_\_\_\_

Potvrzení vyplní lékař dle zákona č. 258/2000 Sb.

Závazný pokyn pro lékaře: Prosím, uveďte nemoci dětské i ostatní, které dítě prodělalo, operace, úrazy a jiné zdravotní potíže, které by měly být zohledněny.

### ČÁST A: ZDRAVOTNÍ STAV

Účastník akce \*)

a) je zdravotně způsobilý

b) není zdravotně způsobilý

c) je zdravotně způsobilý za podmínky / s omezením: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ČÁST B: OČKOVÁNÍ A ALERGIE

a) se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*)

b) je proti nákaze imunní (typ/druh): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) je alergický na : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávkování): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*) nehodící se škrtněte

**Důležitá sdělení:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost po dobu dvou let od data vystavení, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jméno a podpis lékaře  
Razítko zdravotnického zařízení

---

**Prohlášení zákonného zástupce**

**Výše uvedené údaje jsou pravdivé. Při změně zdravotního stavu našeho dítěte požádáme o vystavení nového posudku o zdravotní způsobilosti a tuto skutečnost oznámíme.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce