



**POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE**

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Adresa místa trvalého pobytu: .....

Posuzované dítě (\* *nevhodné škrtněte, omezení upřesněte*):

- je zdravotně způsobilé\*)
- není zdravotně způsobilé\*)
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): \*) .....

**Potvrzujeme, že výše uvedené dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním  
ANO – NE**

(\* *nevhodné škrtněte*)

- 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: .....  
.....  
.....

*Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvovat dětský tábor,  
sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti  
s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.*

.....

Datum vydání posudku, razítko a podpis lékaře

*Důležité upozornění: Bez vyplnění potvrzení o očkování nelze dítě na tábor přijmout.*