

Vyjádření lékaře

Podle zdravotních záznamů potvrzuji, že dítě

Jméno: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: **ANO** x **NE**

b) je imunní proti nákaze (typ / druh): _____

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

d) je alergické na: _____

e) dlouhodobě užívá leky (typ / druh, dávka): _____

Další upozornění: _____

V souladu se zdravotními předpisy prohlašuji, že dítě

je x **není**

zdravotně způsobilé k účasti na dětských hromadných zotavovacích akcích.

Případná omezení: _____

V _____ dne _____ Razítko a podpis lékaře _____

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