

# POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: .....

DATUM NAROZENÍ: ..... ZP: .....

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ: .....

1) Dítě: a) **je zdravotně způsobilé** zúčastnit se:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Školní TV                   | 7. Bruslení                             |
| 2. Školy v přírodě             | 8. Zájmové sportovní činnosti           |
| 3. Ozdravného pobytu v přírodě | 9. Poznávacího zájezdu (ČR / zahraničí) |
| 4. Plaveckého výcviku          | 10. Ozdravného pobytu u moře            |
| 5. Lyžařského výcviku          | 11. Saunování                           |
| 6. Dětského tábora             | 12. Sportovně-turistického kurzu        |

b) **je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)**

.....  
.....

c) **není zdravotně způsobilé**

2) Dítě:

- a) se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ, druh) .....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ, druh) .....
- d) poslední očkování proti tetanu dne .....
- e) jiná provedená očkování .....
- f) je alergické ANO - NE na .....
- g) dlouhodobě užívá léky (typ, druh, dávka) .....

Upozornění pro školu (pořadatele akce):

.....  
.....

V ..... dne

podpis, jmenovka lékaře  
razítko zdrav. zařízení

Datum	Druh změny, resp. prodloužení platnosti	Podpis oprávněné osoby

## **Poučení:**

Toto zdravotní potvrzení je platné 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí (zraněním, ...) v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Zákonný zástupce (zletilý student) je povinen při změně zdravotního stavu dítěte nechat tyto změny v tomto potvrzení neprodlouženě vyznačit.

Zákonný zástupce (zletilý student) souhlasí s uvedenými údaji.

Jméno a příjmení zákonného zástupce (zletilého studenta)

....., vztah k dítěti .....

V ..... dne

.....  
podpis zákonného zástupce (zletilého studenta)