



## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

**Jméno a příjmení dítěte:** .....

**Datum narození dítěte:** .....

**Adresa bydliště dítěte:** .....

Na základě lékařského vyšetření potvrzuji, že výše uvedené dítě je:

- ☐ zdravotně způsobilé k účasti na pobytovém táboře  
☐ zdravotně způsobilé s omezením (uveďte): .....

Dítě:

- ☐ netrpí chronickým onemocněním  
☐ trpí chronickým onemocněním (uveďte): .....

Alergie (potravinové, lékové, jiné): .....

Dlouhodobě užívá léky (typ/druh): .....

Zvláštní dietní opatření: .....

Datum vydání posudku: .....

Razítko a podpis lékaře:

.....

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.