

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE



Jméno dítěte:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Vyplní praktický lékař pro děti a dorost, u kterého je dítě registrováno!

Potvrzení o tom, že dítě:

- a) se podrobilo stanoveným povinným očkováním ANO - NE
- b) se podrobilo dalším, nepovinným očkováním (typ, druh)
- c) je astmatik ANO - NE (při odpovědi ANO vyplňte prosím i následující otázky)
 - stupeň astmatu: I. II. III. IV.
 - má omezenou fyzickou aktivitu ANO - NE
 - vlastní a umí používat úlevový inhalační sprej ANO - NE
 - užívá trvale léky (zaškrtněte): kortikoidy, B2 -mimetika, jiné
- d) léčí se pro kardiovaskulární potíže ANO - NE
- e) je nebo v poslední době bylo léčeno pro nějakou infekční chorobu, kterou by mohlo nakazit jiné účastníky tábora ANO - NE
(při odpovědi ANO není dítě způsobilé se tábora zúčastnit)
- f) se léčí pro diabetes mellitus NE - ANO jak
- g) se léčí pro epilepsii NE - ANO jak
- h) se léčí pro jinou závažnou chorobu NE - ANO jakou a jak
- i) je alergické na
- j) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

Potvrzují, že výše jmenované dítě (zaškrtněte jednu z možností)

- a) je zdravotně způsobilé bez jakýchkoli omezení
- b) je zdravotně způsobilé ze podmínky (s omezením) (vypište jakým)
- c) není zdravotně způsobilé

... se zúčastnit tábora a všech fyzických i psychických aktivit s ním spojených
Posudek je platný 12 měsíců do data jeho potvrzení lékařem, jeho platnost nesmí končit dříve, než v poslední den konání akce, pro kterou bylo použito.

Datum vydání potvrzení:

Podpis a razítko lékaře: