

Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte

Identifikační číslo posudku:.....

Jméno dítěte datum narození:

bydliště..... zdravotní pojišťovna:

Posuzované dítě: - je zdravotně způsobilé*)
- není zdravotně způsobilé*)
- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): *)

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

- 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:

datum vydání posudku

razítko a podpis lékaře

*) Hodící se zaškrtněte