**Příloha č. 4**

**Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte**

**/vyplňuje ošetřující lékař/**

**Jméno(-a) a příjmení dítěte:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum narození:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Zdravotní pojišťovna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa místa trvalého pobytu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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

*Potvrzení se vydává, jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte absolvoval školu v přírodě, kurz plavání, dětský tábor, sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.*

\*) Nevhodné škrtněte.