**Posudek o zdravotní způsobilosti**

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:.....................................................................................

Datum narození: ...........................................

Adresa místa trvalého pobytu:……..............................................................................................

**Část A) Posuzovaný k účasti na akci**

a) je zdravotně způsobilý

b) není zdravotně způsobilý

c) je zdravotně způsobilý za podmínky: ………………………………………………………………….

d) ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Část B) Potvrzení o tom, že účastník**

a) se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

…………………………………………………………………

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

………………………………………………............................

d) je alergický na

…………………………………………………………………

e) dlouhodobě užívá léky (typ, druh, dávka)

………………………………………………………………….

Datum vydání posudku : podpis, jmenovka lékaře,

 razítko zdravotnického zařízení:

Jméno oprávněné osoby ...................................................................................................

Vztah k dítěti........................................................................................

……………………………………….

podpis oprávněné osoby

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.