

Vyjádření lékaře

Podle zdravotních záznamů potvrzují, že dítě

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE

b) očkování proti tetanu – kdy: _____

c) je imunní proti nákaze (typ/druh): _____

d) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

e) je alergické na: _____

f) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): _____

Prodělané závažné choroby, další upozornění: _____

V souladu se zdravotními předpisy prohlašuji, že dítě **je - není*)**
zdravotně způsobilé k účasti na dětských hromadných zotavovacích akcích.

(příp.omezení: _____)

V _____ dne _____

Podpis a razítko lékaře

Potvrzení tohoto znění vyžaduje vyhláška č.148/2004 Sb.

*) Nehodící se škrtněte