

**POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE  
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI**

podle vyhlášky č. 106/2001 Sb.

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte .....  
datum narození dítěte ..... rodné číslo .....  
adresa bydliště .....

Část A)

Posuzování dítěte k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínek - s omezením
- d) je zdravotně způsobilé za podmínek - zvýšená péče, dohled nebo dozor

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B)

Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh) .....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typu/druh) .....
- d) **je alergické na** .....
- e) **dlouhodobě užívá léky** (typ/druh, dávka .....

.....  
datum vydání posudku

.....  
podpis lékaře

razítko zdrav. zařízení