

Potvrzení detského lékaře o zdravotní způsobilosti účastníka

Jméno a příjmení účastníka

Datum narození účastníka

Adresa bydliště

Turnus

Kód pojišťovny

Evidenční číslo posudku

Je posuzovaný účastník zdravotně způsobilý pro účast na akci?

Podrobil se všem stanoveným pravidelným očkovaním?

Je imunní proti nákaze (typ/druh):

Má trvalou kontraindikaci proti očkování:

Je alergický na:

Dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti účastníka

z plavání