



DĚTSKÁ SKUPINA SPORT KIDS

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte

Datum narozenírodné číslo

Adresa trvalého pobytu

- a) Dítě je zdravotně způsobilé k pobytu v zařízení Dětská skupina ano ne
- b) Dítě je zdravotně způsobilé s omezením
.....
- c) Dítě se podrobilo stanoveným očkováním
- d) Je alergické na
- e) Dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)
.....
- f) Jiné individuální potřeby

Datum vydání posudku

Podpis a razítko lékaře

Jméno a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....

Podpis oprávněné osoby