Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti na akci FUTSAL CAMP 2017

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Část A) Posuzovaný k účasti na akci FUTSAL CAMP 2017 v termínu ____________

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 iminní (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.