



LÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Adresa: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Potvrzení vyplní lékař dle zákona č. 258/2000 Sb.

Závazný pokyn pro lékaře: Prosíme, uveďte nemoci dětské i ostatní, které dítě prodělalo, operace, úrazy a jiné zdravotní potíže, které by měly být zohledněny.

Část A: Zdravotní stav

Účastník akce je není zdravotně způsobilý cvičit karate a absolvovat akce veškeré akce a aktivity klubu (tréninky, ukázky, soutěže a letní soustředění).

Je zdravotně způsobilý za podmínky (s omezením)

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

V _____ dne _____ podpis ošetřujícího lékaře

Část B: Očkování a alergie

Potvrzuji, že výše jmenovaný

- 1.) Se podrobil stanoveným očkováním ano ne
2.) Je proti nákaze imunní (typ/druh)

3.) Má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

4.) Je alergický na

5.) Dlouhodobě užívá léky (typ/druh; dávka)

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce