Dům dětí a mládeže, Kolín, Pražská 161

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ**

O ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA K ÚČASTI NA POBYTOVÉ AKCI (TÁBOŘE)

**- VYPLNÍ LÉKAŘ -**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Jméno a příjmení dítěte***  ***(účastníka akce)*** |  |
| ***Rodné číslo*** |  |
| ***Místo trvalého pobytu*** |  |
| *Potvrzuji tímto, že výše jmenovaný* ***JE – NENÍ*** *zdravotně způsobilý absolvovat program pobytové akce (tábora)* ***BEZ OMEZENÍ /S TÍMTO OMEZENÍM****:* | |
| ***Omezení vypište zde:*** | |
| ***Podrobil se stanovenému pravidelnému očkování ANO - NE*** | |
| ***Má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):*** | |
| ***Prodělal/a tyto choroby:*** | |
| ***Alergické reakce na potraviny, léky, aj.:*** | |
| ***Zvláštní doporučení:*** | |
| ***Dlouhodobě užívá léky:*** | |
| Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vystavení, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti. V případě změny zdravotního stavu žáka si zákonný zástupce žáka vyžádá nový posudek lékaře o zdravotní způsobilosti. Po dobu platnosti je kopie posudku uchována v dokumentaci DDM Kolín. | |
| ***v dne razítko a podpis lékaře*** | |
| ***v dne podpis zákonného zástupce*** | |