



DĚTSKÁ SKUPINA BABYLAND

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Zdravotní pojišťovna:

Zákonný zástupce dítěte:

Stvrzuji, že výše uvedené dítě (vyberte):

- ☐ se podrobilo všem stanoveným očkováním
- ☐ je proti nákaze imunní (vypište jaké očkování dítě nepodstoupilo):

- ☐ má kontraindikaci (vypište jaké očkování dítě nepodstoupilo):

Posuzované dítě (vyberte):

- ☐ je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
- ☐ není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
- ☐ je zdravotně způsobilé s tímto omezením:

Posuzované dítě trvale užívá léky:

Posuzované dítě má tyto alergie:

Posudek vystaven dne:

Razítko a podpis lékaře:

Potvrzení rodiče o převzetí posudku od lékaře:

V..... dne.....

podpis.....