



**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA** (vyplní lekár)  
(nesmie byť staršie ako jeden mesiac)

Meno a priezvisko dieťaťa: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_

Zdravotná poisťovňa: \_\_\_\_\_

Posledné očkovanie proti tetanu: \_\_\_\_\_

Celkový zdravotný stav: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergie na lieky, zvieratá a pod.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chronické ochorenia, príp. iné problémy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dlhodobu užívané lieky: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Iné (obmedzenie, záťaž): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posúdil(a) som vyššie uvedenú informáciu o zdravotnom stave, vyšetřil(a) som dieťa a potvrdzujem, že mi nie je známa žiadna zdravotná prekážka, ktorá by bránila v účasti dieťaťa na tábore.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpis a pečiatka lekára \_\_\_\_\_