



ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

POTVRZENÍ OD LÉKAŘE

OSOBNÍ ÚDAJE DÍTĚTE

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Bydliště: _____

Vyjádření lékaře:

a) souhlas lékaře s pobytem dítěte v dětském kolektivu:

b) potvrzení o řádném očkování:

c) omezení sportovních či jiných aktivit:

d) alergie:

e) dieta:

f) korekční pomůcky (brýle, naslouchátka atd.):

g) jiná důležitá sdělení:

Datum: _____

razítko a podpis lékaře