



## Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte

### Dítě

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Místo trvalého pobytu:.....

Rodné číslo:.....

Zdravotní pojišťovna.....

Dítě se podrobilo všem stanoveným povinným očkováním ANO NE

Dítě má zdravotní omezení ANO NE

v případě odpovědi ANO, jaká:

.....

Dítě má alergie ANO NE

v případě odpovědi ANO, jakého druhu:

.....

Tímto potvrzují, že dítě může pravidelně docházet do dětské skupiny Orlíček.

Podpis lékaře

datum