

Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti na akci INNEBANDY CAMP 2025

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

.....

.....

Část A) Posuzovaný k účasti na akci INNEBANDY CAMP 2025 v termínu:

19.7-25.7.2025

a) je zdravotně způsobilý

b) není zdravotně způsobilý

c) je zdravotně způsobilý za podmínky:

d)

Část B) Potvrzení o tom, že účastník

a) se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE

b) je proti nákaze imunní (typ/druh).....

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh).....

d) je alergický na.....

e) dlouhodobě užívá léky (typ, druh, dávka).....

.....

Datum vydání posudku

.....

Podpis, jmenovka lékaře

Jméno oprávněné osoby

Vztah k dítěti

.....

Podpis oprávněné osoby