

Potvrzení posudku lékaře o zdravotní způsobilosti

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození.....Rodné číslo.....

Bydliště.....

Část A) Posouzení dítěte hrát a trénovat hokej ve své věkové kategorii a v kategorii o jeden stupeň vyšší :

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky

.....

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

.....

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

.....

- d) je alergické na

.....

- d) trvale užívá léky a jejich současné přesné dávkování:

.....

- e) Jiná závažná onemocnění, která dítě prodělalo:

.....

.....

**Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby
nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.**

datum vydání posudku.....

**Razítko a podpis lékaře:
(zdravotnického zařízení)**