



## Lékařské potvrzení o způsobilosti zúčastnit se dětského tábora

---

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště dítěte:

Ulice a č.p.

Psč:

Město:

Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti a pravidelném očkování:

Datum:

---

razítko a podpis lékaře

(Upozornění: toto potvrzení má platnost jednoho roku)

---

### Prohlášení zákonného zástupce dítěte ze dne, kdy dítě odjíždí na dětský tábor

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti bytem

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. teplota, průjem) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech moje dítě přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se tábora od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Jsem si vědom právních následků, které by mě postihly v případě uvedení nepravdivých informací v tomto prohlášení. Prohlašuji, že všechny údaje v tomto formuláři uvedené jsou pravdivé.

V \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

Jméno zákonného zástupce:

---

Podpis zákonného zástupce

---