

ZDRAVOTNÍ KARTA

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Dítě je způsobilé k účasti na zotavovací akci ANO NE

Současný zdravotní stav: _____

Zdravotní a sportovní omezení: _____

Dítě je řádně očkováno: _____

Alergie: _____

Trvale užívané léky: _____

Další důležitá sdělení: _____

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

_____ datum vydání posudku:

_____ podpis a razítko lékaře