VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE
Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti na zotavovací akci

(nesmí být starší dvou let, jinak platí na všechny zotavovací akce a stačí jeho kopie, může být i na jiném formuláři, než na tomto přiloženém)

Jméno a příjmení účastníka: ....., nar. .....

Adresa místa trvalého, nebo jiného pobytu: .....

Posuzovaný účastník je k účasti na zotavovací akci

a) Zdravotně způsobilý

b) Zdravotně nezpůsobilý

c) Zdravotně způsobilý za podmínky (s omezením):

.....

Podle záznamů ošetřujícího lékaře uvádím, že účastník prodělal tyto nemoci:

.....

.....

Podrobil se účastník stanoveným pravidelným očkováním? Ano – Ne

Kontraindikace / imunní proti (typ, druh) .....

Byl účastník očkován proti encefalitidě? Ano – Ne

Upozorňuji na sérum (druh), které účastník obdržel (dne):

.....

Upozorňuji na tyto alergie účastníka:

.....

.....

Upozorňuji na tyto pravidelně užívané léky:

.....

.....

V .....dne ..... razítko a podpis lékaře .....