

| POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI – VYJADRENIE LEKÁRA                                         |                            |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| TERMÍN                                                                                           | NÁZOV ZÁJAZDU              | MIESTO                                |
| MENO A PRIEZVISKO DIEŤATA                                                                        | DÁTUM NARODENIA            | BYDLISKO (PSČ)                        |
| ČÍSLO ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE                                                                       | KONTAKT ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 1 | KONTAKT ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2            |
| KONTAKT NA PRÍBUZNÝCH PRI NEPRÍTOMNOSTI RODIČOV                                                  |                            |                                       |
| DÔLEŽITÉ INFORMÁCIE PRE ZDRAVOTNÍKA                                                              |                            |                                       |
| Lieky, ktoré dieťa užíva:                                                                        |                            |                                       |
| Alergie na:                                                                                      |                            |                                       |
| Choroby za posledných 12 mesiacov:                                                               |                            |                                       |
| Krajiny, ktoré dieťa navštívilo za posledných 30 dní:                                            |                            |                                       |
| Zdravotné zvláštnosti a upozornenia pre zdravotníka:                                             |                            |                                       |
| *DIEŤA SA NEMÔŽE ZÚČASTNIŤ POBYTU                                                                |                            | *DIEŤA SA MÔŽE ZÚČASTNIŤ POBYTU       |
| V ..... dňa.....                                                                                 |                            | PODPIS A PEČIATKA LEKÁRA<br><br>..... |
| *nehodiace sa preškrtnite                                                                        |                            |                                       |
| <b>POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI – VYJADRENIE LEKÁRA NESMIE BYŤ STARŠIE AKO 1 MESIAC.</b> |                            |                                       |