

# P O T V R Z E N Í   L É K A Ř E

Podle záznamů uvádím, že dítě .....

prodělalo tyto nemoci: .....

.....

.....

V souladu se zdravotnickými předpisy se dítě **může – nemůže** zúčastnit sportovních akcí a tréninků.

Poslední očkování proti tetanu: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Poznámky, léky, alergie, omezení: .....

.....

.....

Datum: .....

.....

razítko, jméno a podpis lékaře