ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ NA PŘÍMĚSTSKÝ TÁBOR

„POZNEJ DOLNÍ POOLŠAVÍ a jeho tradice“

TERMÍN: 12. – 16. 8. 2024

MÍSTO KONÁNÍ: OBCE MIKROREGIONU DOLNÍ POOLŠAVÍ

**Potvrzuji, že** jmenovaný/ná:........................................................................................................................ Datum narození: ..........................Rod. číslo .................................................................................................... Adresa trv. bydliště ................................................................................. PSČ: ................................................ Zdravotní pojišťovna: ......................................................................................................................................... Jmenovaný/ná je schopen/na zúčastnit se výše uvedeného letního příměstského tábora: Bez omezení:

S tímto omezením: ............................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................... Výše uvedený/ná je řádně očkován/a:....................................................................................................... Obdržel/a dne: ............................................. sérum/druh/ .......................................................................... Obdržel/a dne: ............................................. sérum/druh/ .......................................................................... Obdržel/a dne: ............................................. sérum/druh/ ......................................................................... Upozorňuji na alergii a jiné: .......................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................... Trvale užívané léky: ......................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................

V ............................. dne ................ 2024 ...................................................................................

podpis a razítko lékaře