

# OSVĚDČENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Ve smyslu zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky MZ ČR č. 106/2001 Sb., o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti vydávám toto lékařské potvrzení:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: ulice: \_\_\_\_\_ č.p.: \_\_\_\_\_

obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Výše uvedený/á je zdravotně (tělesně i duševně) způsobilý/á jako osoba činná při zotavovací akci pro děti a mládež jako výchovný pracovník nebo zdravotník.

Toto osvědčení platí na dobu 24 měsíců.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

-----  
razítko a podpis ošetřujícího  
praktického lékaře, u kterého je  
jmenovaný registrován