

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