ZDRAVOTNÍ PROHLÍDKA

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Významné prodělané nemoci nebo zranění:

Trvale užívané léky:

Potvrzuji, že jsem neshledal(a) žádný důvod, který by z lékařského hlediska znemožňoval účast na :

- organizovaných sportovních činnostech
- letních táborech

Datum prohlídky: _____ Podpis a razítko lékaře: _____

Poznámky:

Lékařská prohlídka dítěte platí na 1 rok od data prohlídky