

## Potvrzení od lékaře

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_

1. Souhlas k pobytu dítěte v dětském kolektivu \_\_\_\_\_

2. Potvrzení o řádném očkování \_\_\_\_\_

3. Zdravotní omezení \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Alergie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Dieta - doporučení/požadavky \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Korekční pomůcky \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Jiná důležitá sdělení \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

TEL: