

**POTVRDENIE LEKÁRA
O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤATA**
(vyplní ošetrujúci lekár)

Priezvisko, meno dieťaťa:
Dátum narodenia: Zdravotná poisťovňa:
Bydlisko:
Celkový zdravotný stav dieťaťa:
Alergie na lieky, zvieratá a pod.:
Chronické ochorenia, príp. iné problémy:
Dlhodobu užívané lieky:
Iné:

Posúdil(a) som horeuvedenú informáciu o zdravotnom stave a vyšetril(a) som dieťa a potvrdzujem, že nie je mi známa žiadna zdravotná prekážka, ktorá by bránila v účasti dieťaťa na športovom výcviku.

V, dňa.....

Podpis a pečiatka lekára

**POTVRDENIE LEKÁRA
O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤATA**
(vyplní ošetrujúci lekár)

Priezvisko, meno dieťaťa:
Dátum narodenia: Zdravotná poisťovňa:
Bydlisko:
Celkový zdravotný stav dieťaťa:
Alergie na lieky, zvieratá a pod.:
Chronické ochorenia, príp. iné problémy:
Dlhodobu užívané lieky:
Iné:

Posúdil(a) som horeuvedenú informáciu o zdravotnom stave a vyšetril(a) som dieťa a potvrdzujem, že nie je mi známa žiadna zdravotná prekážka, ktorá by bránila v účasti dieťaťa na športovom výcviku.

V, dňa.....

Podpis a pečiatka lekára