



POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRO PRÁCI S DĚTMI A MLÁDEŽÍ

Tímto lékařským potvrzením, osvědčuji že:

Jméno: _____ Příjmení: _____

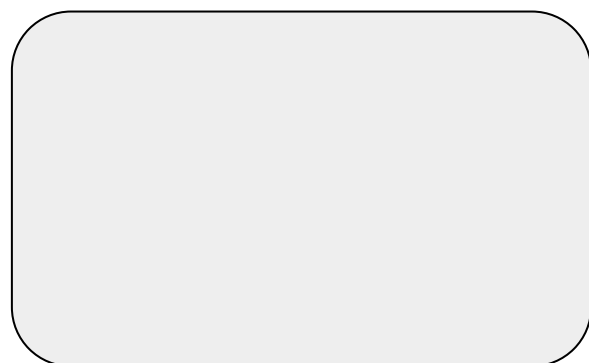
Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Bydliště: _____

je **zdravotně způsobilý/á** k činnosti **adora / praktikanta / vedoucího** při škole v přírodě, zotavovací akci nebo jiné obdobné akci pro děti a mládež. Zdravotní způsobilost je posouzena ve smyslu **§ 10 odst. 1 a 2 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.**

Tento posudek má platnost **2 roky ode dne jeho vystavení**, pokud nedojde ke změně zdravotního stavu posuzované osoby.

V _____ dne _____



razítko a podpis ošetřujícího praktického lékaře