



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa:

Zdravotní pojištění – kód a název zdravotní pojišťovny:

Dítě se podrobilo všem stanoveným povinným očkováním:

ANO

NE

Dítě má zdravotní omezení:

ANO

NE

V případě odpovědi ANO, uveďte prosím jaká:

Tímto potvrzuji, že výše uvedený nezletilý/nezletilá může docházet do dětské skupiny.

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře