



POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRO PRÁCI S DĚTMI A MLÁDEŽÍ

(pouze pro starší 15 let)

Tímto lékařským potvrzením, osvědčuji že:

Jméno: **Příjmení:**
Datum narození: **Rodné číslo:**
Bydliště:

jakožto osoba činná jako dozor (vedoucí kolektivu) nebo zdravotník při škole v přírodě, zotavovací akci nebo jiné podobné akci pro děti a mládež **je osobou zdravotně způsobilou ve smyslu § 10 odst. 1 a 2 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.**

V souladu s ustanoveným výše uvedeného zákona má tento posudek **platnost 2 roky** od data vystavení posudku.

Lékař (titul, jméno a příjmení):

V dne

Podpis a razítko lékaře: