

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI
PRACOVAT S DĚTMI**

Na základě ustanovení §10 a §12 zákona č.258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, podle kterých:

„Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

Vydávám toto lékařské potvrzení

Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____

je zdravotně způsobilý/á jako osoba činná při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo zdravotník. Potvrzení se vydává na základě výše uvedeného požadavku §10 a §12 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V _____ dne _____

razítko a podpis ošetřujícího praktického
lékaře, u kterého je jmenovaný registrován

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI
PRACOVAT S DĚTMI**

Na základě ustanovení §10 a §12 zákona č.258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, podle kterých:

„Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

Vydávám toto lékařské potvrzení

Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____

je zdravotně způsobilý/á jako osoba činná při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo zdravotník. Potvrzení se vydává na základě výše uvedeného požadavku §10 a §12 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V _____ dne _____

razítko a podpis ošetřujícího praktického
lékaře, u kterého je jmenovaný registrován