

POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

pro účast na příměstském táboře s jezdeckým a farmářským programem, určeném pro děti s poruchou autistického spektra (PAS)

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Zdravotní způsobilost dítěte:

(označte prosím možnost křížkem a doplňte případná omezení)

Dítě je **zdravotně způsobilé** bez omezení

Dítě je **zdravotně způsobilé s omezením:**

Specifikace omezení: _____

Dítě **není zdravotně způsobilé**

Očkování a zdravotní stav dítěte:

- Pravidelná očkování dle očkovacího kalendáře byla provedena:

ANO NE

- Dítě je imunní proti (uved'te typ/druh):

- Trvalá kontraindikace k očkování (typ/druh):

- Alergie (např. na seno, prach, srst, pyl, potraviny apod.):

- Dlouhodobě užívané léky (typ, dávka, četnost):

Další důležité informace pro organizátory (např. chování při stresu, záchvatech, specifické potřeby dítěte apod.):


Jiné sdělení lékaře:

Potvrzujeme, že dítě je schopno účasti na příměstském táboře, jehož součástí je:

- přímý kontakt s hospodářskými zvířaty (koně, kozy, králíci, drůbež apod.),
- jízda na koni a pobyt v přírodním prostředí,
- kontakt s alergeny jako jsou **seno, srst, prach, pyl**,
- pohybové, tvořivé a smyslové aktivity ve skupině dětí s PAS.

Datum vydání posudku: _____

Razítko a podpis lékaře: _____

 Potvrzení je platné **2 roky od data vydání**, není-li v mezidobí změněna zdravotní způsobilost dítěte.

*) Nehodící se škrtněte.