



## Posudek o zdravotní způsobilosti pro práci s dětmi a mládeží

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:



## Posudek o zdravotní způsobilosti pro práci s dětmi a mládeží

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: