**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Týmto potvrdzujem, že dieťa ................................................................................ nar....................................... je zdravotne spôsobilé pre pobyt v kolektíve a v čase nástupu na výlet je zdravé. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že dieťa v ostatnom mesiaci neprekonalo infekčné ochorenie a ani nebolo v styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie.

V ........................................................... dňa...................................... ........................................................

 podpis zákonného zástupcu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informácie pre zdravotníka**

Dieťa trpí alergiou na: .........................................................................................................................................

Užíva lieky: .........................................................................................................................................................

Má diétu, resp. niečo nemôže konzumovať: .......................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

Ďalšie informácie: ...............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

Plavec / Neplavec \*

V ........................................................... dňa...................................... ........................................................

 podpis zákonného zástupcu

\* správne zakrúžkujte

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktné údaje**

Prosíme Vás o uvedenie kontaktných údajov pre prípad akejkoľvek udalosti.

**Zákonný zástupca**

Meno a priezvisko: .............................................................. t.č.: .............................................................

**Iná kontaktná osoba**

Meno a priezvisko: .............................................................. t.č.: .............................................................