Zpráva lékaře

**Jméno a příjmení:** **Datum narození**

**Podle zdravotních záznamů uvádím, že výše uvedený/á měl/a tyto nemoci:**

**Byl/a řádně očkován/a proti:**

**Je alergický/á na tyto léky, potraviny apod.:**

**Upozorňuji na sérum (druh), který obdržel/a:**

**Zdravotní problémy:**

V souladu se zdravotními předpisy, závazně rozhoduji, že se výše jmenovaný/á

může – nemůže

zúčastnit v období od srpna 2018 do srpna 2019 pravidelné sportovní činnosti v zájmových útvarech ČOS (florbal), zimních a letních táborů a soustředění.

V dne

Razítko a podpis lékaře