

Zpráva lékaře:

Jméno a příjmení **Datum narození**.....

Podle zdravotních záznamů uvádím, že výše uvedený měl tyto nemoci:

.....
.....

Byl řádně očkovan proti:

.....
.....

Je alergický na tyto léky, potraviny apod.:

.....
.....

Upozorňuji na sérum (druh), který obdržel:

.....
.....

Zdravotní problémy:

.....
.....

V souladu se zdravotními předpisy, závazně rozhoduji, že se výše jmenovaný(a) **může – nemůže** zúčastnit v období od srpna 2017 do srpna 2018 pravidelné sportovní činnosti v zájmových útvarech ČOS / florbal /, zimních a letních táborů a soustředění.

V, dne

Razítko a podpis lékaře