**Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte**

Dítě bude provozovat pohybové aktivity s důrazem na všestrannost, včetně soutěží pro příslušnou věkovou kategorii v rámci basketbalového oddílu BK Vyškov.

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

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

Posuzované dítě:

* JE zdravotně způsobilé
* NENÍ zdravotně způsobilé
* JE zdravotně způsobilé S TÍMTO OMEZENÍM:

Potvrzujeme, že dítě

* se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
* je alergické na ………………………………………………………………………
* dlouhodobě užívá léky:

Jiná sdělení lékaře:

…………………………………… …………………………………………………………………………..

datum vydání posudku razítko a podpis lékaře