

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI S DĚTMI A MLÁDEŽÍ

Na základě ustanovení §§ 10 a 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, podle kterých:

„Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

Vydávám toto lékařské potvrzení:

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Je zdravotně způsobilý/á jako osoba činná při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo zdravotník.

- bez omezení¹
- s omezením¹ – vymezení činností, které dobrovolník nesmí vykonávat:

V _____ dne _____

razítko a podpis ošetřujícího praktického lékaře
u kterého je jmenovaný registrován

Toto potvrzení nesmí být starší než 3 měsíce před datem předpokládaného uzavření dobrovolnické smlouvy.

¹ Označte správnou možnost