

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI S DĚTMI

Na základě ustanovení § 10 odst. 1) a 2) a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, podle kterých „*Fyzické osoby činné při zotavovací akci jako dozor nebo pracovník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.*“,

vydávám toto lékařské potvrzení, že

jméno a příjmení:

rodné číslo:

je zdravotně způsobilý/á jako činná osoba při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo pracovník. Potvrzení se vydává na základě výše uvedeného požadavku § 10 odst. 1) a 2) a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví.

Toto potvrzení je platné dva roky (24 měsíců od data vydání).

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře