

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Příjmení

Jméno

Datum narození

**dítě je řádně očkováno
a schopno zúčastnit se letního dětského tábora
s tímto omezením**

datum

razítko a podpis lékaře

vyplní rodiče

doplňte další zdravotní obtíže a léky, které dítě užívá