

Posouzení zdravotního stavu dítěte lékařem pro jarní tábor TEENS CAMP  
v termínu 6. - 9. 2. 2025

(místo potvrzení lékaře je možné k tomuto dokumentu doložit platnou kopii JPP)

Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Účastník pravidelně užívá léky:

Účastník je alergický na:

Zdravotní stav účastníka vyžaduje tato omezení:

Jméno a kontakt na praktického lékaře dítěte:

Potvrzuji, že zdravotní stav dítěte umožňuje účast na táboře.

V ..... dne ..... podpis.....\*

\*V případě doložení platného JPP nebo lékařského potvrzení vystaveného nejpozději 6. 2. 2024 a zároveň v uvedeném období se nezměnil zdravotní stav dítěte, podepíše potvrzení zákonný zástupce.

**Slouží výhradně pro organizační účely a pro zabezpečení ochrany zdraví Vašeho dítěte a do 30 dnů po skončení tábora bude dokument skartován nebo na vaši výslovnou žádost vrácen.**

Zde prosím nalepte sken přední strany průkazu  
zdravotní pojišťovny vašeho dítěte.