



**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI**  
(potvrdenie nesmie byť staršie ako 30 dní pred nástupom na tábor)  
(vyplní ošetrojúci lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast)

Meno a priezvisko dieťaťa: ..... Dátum narodenia: .....

Trvalý pobyt: ....., Zdravotná poisťovňa: .....

Alergie: \_\_\_\_\_

Zdravotný stav vyžaduje tieto obmedzenia zátáže: \_\_\_\_\_

Dieťa užíva lieky: \_\_\_\_\_

Iné skutočnosti: \_\_\_\_\_

Posúdil(a) som horeuvedenú informáciu o zdravotnom stave a potvrdzujem, že dieťa je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter tábora, ktorý organizuje eRko-HKSD v dňoch ..... 2020.

V \_\_\_\_\_ dátum \_\_\_\_\_

pečiatka a podpis lekára

Potvrdenie sa vydáva v zmysle § 4 ods. 2 Vyhlášky MZ SR č. 526/2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na zotavovacie podujatia.



**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI**  
(potvrdenie nesmie byť staršie ako 30 dní pred nástupom na tábor)  
(vyplní ošetrojúci lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast)

Meno a priezvisko dieťaťa: ..... Dátum narodenia: .....

Trvalý pobyt: ....., Zdravotná poisťovňa: .....

Alergie: \_\_\_\_\_

Zdravotný stav vyžaduje tieto obmedzenia zátáže: \_\_\_\_\_

Dieťa užíva lieky: \_\_\_\_\_

Iné skutočnosti: \_\_\_\_\_

Posúdil(a) som horeuvedenú informáciu o zdravotnom stave a potvrdzujem, že dieťa je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter tábora, ktorý organizuje eRko-HKSD v dňoch ..... 2020.

V \_\_\_\_\_ dátum \_\_\_\_\_

pečiatka a podpis lekára

Potvrdenie sa vydáva v zmysle § 4 ods. 2 Vyhlášky MZ SR č. 526/2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na zotavovacie podujatia.