

Příloha potvrzení zdravotní způsobilosti. POTVRZUJE LÉKAŘ.

ÚŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Dítě užívá pravidelně léky: ANO NE (nehodící se škrtněte)

Pokud ano, napište, jaké léky dítě užívá, dostane na dobu konání tábora a jak se dávkuje.

Název léku:

Medikace:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře