

POTVRZENÍ O PRÁCI S DĚTMI

ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST

Osvědčuji, že

Jméno a Příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

jakožto osoba činná jako dozor nebo zdravotník při škole v přírodě, zotavovací akci nebo jiné podobné akci pro děti je osobou zdravotně

ZPŮSOBILOU

ve smyslu § 10 odst. 1 a 2 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

V souladu s ustanovením výše uvedeného zákona má tento posudek platnost **dva roky** od data vystavení posudku.

Lékař (titul, jméno a příjmení):

V dne

Podpis a razítko lékaře