# LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRACOVAT S DĚTMI

Na základě ustanovení §10 a 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně něk­te­rých souvisejících zákonů, podle kterých:

"Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

**Vydávám toto lékařské potvrzení:**

Jméno a příjmení:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je zdravotně způsobilý/á jako osoba činná při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu, praktikant) nebo zdravotník. Potvrzení se vydává na základě výše uvedeného požadavku § 10 a 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a je platné dva roky (24 měsíců od data vydání).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

razítko a podpis ošetřujícího praktického lékaře u kterého je jmenovaný registrován