



*KLUB PATHFINDER - OBČANSKÉ SDRUŽENÍ DĚTÍ A MLÁDEŽE ČESKÉ REPUBLIKY*

**Potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte  
k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě**

Potvrzuji, že .....

rodné číslo: ..... narozené .....

bytem .....

**Jmenované dítě je schopno zúčastnit se uvedených akcí.**

Omezení:

Alergie:

Pravidelně užívané léky:

Poznámka:

V ..... dne.....2010

.....  
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře

pozn.: TOTO POTVRZENÍ JE PLATNÉ PO DOBU 1 ROKU OD JEHO VYSTAVENÍ.