



## POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Níže uvedené dítě bude přijato na diagnostický a terapeutický pobyt ve Středisku výchovné péče v Pšově trvající nejdéle 42 dnů. Program pobytu je realizován v kolektivu dětí a pedagogického personálu a sestává ze školního vyučování, terapeutických činností, sportu a pracovních aktivit. Pro tyto účely je vyžadováno posouzení dětského lékaře k tomu, zdali je dítě schopno nástupu.

Děkuji Vám za spolupráci (Mgr. Sáva Arabadžiev, vedoucí SVP)

**Jméno a příjmení dítěte:**

**Datum narození:**

**Tímto potvrzuji, že dítě\*:**

- Je zdravotně způsobilé
- Není zdravotně způsobilé

**Další vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu\*\*:**

- Dítě je alergické:
- Dítě má závažné zdravotní omezení:
- Dítě užívá tyto léky takto:
- Jiné sdělení lékaře:

**Datum vydání posudku:**

**Podpis a razítko lékaře:**

\* Hodící se zakroužkujte, nehodící se škrtněte

\*\* Doplní lékař dle svého uvážení, popř. nechá prázdné