**Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte pro účast na soustředění – 25.- 30.7.**

Jméno a příjmení:………………………………………………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………………………………………………………………..

Bydliště: …………………………………………………………………………………………………………….

Plavec: ANO / NE

Alergie na bodnutí hmyzem: ANO / NE

Alergie jiné: ANO / NE jaké: ………………………………………………………………..

Léky, které dítě užívá na alergie: ……………………………………………………………………….

Jiné léky, které dítě pravidelně užívá (název a způsob užívání): ……………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Dítě je pojištěno u zdravotní pojišťovny……………………………………………………………..

Telefonní spojení na rodiče nebo jiné osoby v případě potřeby (uveďte i jména):

1. ……………………………………………………………………………………………………………………….

2. ……………………………………………………………………………………………………………………….

3. ……………………………………………………………………………………………………………………….

Další důležitá sdělení: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Datum a podpisy rodičů:

……………………………………………………….………………………………………………………………….