# **Potvrzení o zdravotním stavu dítěte**

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

Datum narození: ………………… Rodné číslo:……………………………… ZP: ………...

Adresa bydliště: ……………………………………………………………………………….

Dítě užívá trvale léky ano\* - ne\* (jaké a způsob užívání a dávkování)

Dítě je\* - není\* alergické na:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonného zástupce