

# ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM DIEŤAŤA

VYPLŇUJE ZODPOVEDNE ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ALEBO ZARIADENIE NÁHRADNEJ STAROSTLIVOSTI

Meno a priezvisko ..... nar. .... poisťovňa .....

Adresa zariadenia, bydliska ..... č. tel. ....

Dieťa znáša - neznáša \* cestu dopravným prostriedkom.....Pomočovanie:.....

Dieťa užíva - neužíva \* lieky, ak áno, aké:.....

Zdravotné zvláštnosti a upozornenia pre zdravotníka podujatia: .....

pretrvávajúce choroby, nebrániace pobytu - súťaži, zdravotné oslabenia: .....

iné upozornenia: .....

**Potvrdzujem, že dieťa je zdravotne spôsobilé zúčastniť sa futbalových tréningov a futbalových zápasov ako hráč futbalového tímu v termíne od 26.09.2014 do 31.08.2015**

dátum: ..... Podpis lekára, alebo zákonného zástupcu, riaditeľa DeD, pečiatka .....

\*) Nehodiace sa škrtnite.

**Čo sa nesz mestí, uveďte sem:**