



Pionýr, z. s. - 2. pionýrská skupina Klíč

## Posudek o zdravotní způsobilosti pro práci s dětmi a mládeží

Tímto lékařským potvrzením, osvědčuji, že

**jméno:** ..... **příjmení:** .....

**datum narození:** ..... **rodné číslo:** .....

**bydliště:** .....

jakožto osoba činná jako dozor (vedoucí kolektivu) nebo zdravotník při škole v přírodě, zotavovací akci nebo jiné podobné akci pro děti a mládež **je osobou zdravotně způsobilou ve smyslu § 10 odst. 1 a 2 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.**

V souladu s ustanoveným výše uvedeného zákona je tento posudek platný do doby, dokud nedojde ke změně zdravotní způsobilosti uvedené osoby.

**Lékař (titul, jméno a příjmení):** .....

V ..... dne .....

*podpis a razítko lékaře*