

## POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI A POJIŠTĚNÍ

Jméno:

Příjmení dítěte:

--	--

Je Vaše dítě pojištěno zdravotní pojišťovnou?

ANO

NE

Název a číslo pojišťovny:.....

Pokud "ano", kryje pojištění úrazy vzniklé při sportu?

ANO

NE

Na zadní stranu tohoto formuláře nalepte kopii zdravotního průkazu dítěte!

V případě, že Vaše dítě není pojištěno u žádné zdravotní pojišťovny, nemůže být do LPŠ zařazeno. Zařazeno bude pouze v případě Vašeho písemného potvrzení, že budete kryt veškeré náklady spojené s lékařským ošetřením.

Má Vaše dítě nějakou dietu, o níž bychom měli vědět (např. vegetarián)?

NE  ANO (uved'te):

Bere Vaše dítě pravidelně nějaké léky?

NE  ANO (uved'te):

Má Vaše dítě nějakou alergii, o níž bychom měli vědět?

NE  ANO (uved'te):

Lékař (datum, razítko, podpis):

Rodič / Zákonný zástupce (datum, podpis) :