

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte na účasti na včelařském kroužku

Jméno a příjmení: Datum narození:

Adresa:

JE – NENÍ

způsobilé se zúčastnit včelařského kroužku.

Dále potvrzuji

- že, výše uvedené dítě není alergické na včelí bodnutí
- že, nemá astma
- že, netrpí epilepsií

Dále upozorňuji na tyto možné zdravotní problémy či jiná omezení (alergie ...)

.....
.....

V dne

Razítko a podpis lékaře: