

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte na účasti na včelařském kroužku

Jméno a příjmení: Datum narození:

Adresa:

Potvrzuji, že výše uvedené dítě je způsobilé se zúčastnit včelařského kroužku.

Dále potvrzuji, že výše uvedené dítě:

- není alergické na včelí bodnutí
- nemá astma
- netrpí epilepsií

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

.....
.....

V dne

.....

razítko a podpis lékaře