

# LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI STUDENTA K ÚČASTI NA LVK

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa místa trvalého pobytu:

### **ČÁST A Posuzovaný student:**

(Nehodící se škrtněte)

- a) je zdravotně způsobilý
- b) není zdravotně způsobilý
- c) je zdravotně způsobilý za podmínky:

Potvrzení je platné 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

### **ČÁST B Potvrzení o tom, že student:**

- a) se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
- d) je alergický na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Datum vydání potvrzení:

Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdr. Služeb: