

POTVRZENÍ
O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI VE VČELAŘSKÉM KROUŽKU MLÁDEŽE

Jméno a příjmení: Datum narození:

Adresa:

Posuzované dítě

- a/ je zdravotně způsobilé*)
- b/ není zdravotně způsobilé*)
- c/ je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*)

- d/ je alergické na včelí bodnutí*)
- e/ není alergické na včelí bodnutí*)

V Dne:

.....
podpis a razítko lékaře

*) nehodící se škrtněte

