

# POTVRZENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE A DOPORUČENÍ REKONDIČNÍHO POBYTU

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Místo narození: .....

Rodné číslo: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

je (vyznačte)       zdravotně postižené       chronicky nemocné

s diagnózou: .....

.....

Dítě je v dlouhodobé evidenci odborného lékaře .....

(uveďte odbornost) a může se zúčastnit rekondičního pobytu Českého červeného kříže, který je se souhlasem Ministerstva zdravotnictví ČR organizován pro výše uvedenou diagnózu.

Dítěti účast na rekondičním pobytu pro uvedenou diagnózu:      doporučuji

nedoporučuji.

V ..... dne .....

.....

podpis a razítko lékaře

**Poučení:** Potvrzení a doporučení je platné v daný kalendářní rok, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti nebo vyřazení dítěte z evidence odborného lékaře.