ARPZPD, klub STONOšKA
Masarykovo náměstí 140, B.p.H

POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA POBYTOVÝCH AKCÍCH

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Jedná se o dítě se zdravotním postižením:

☐ ANO ☐ NE

Účast na pobytových akcích doporučuji:

☐ ANO ☐ NE

Popis diagnózy:

V …… dne ……

.....

Jméno a příjmení lékaře, podpis a razítko