

Zdravotní karta

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Alergie: _____

Léky, které dítě pravidelně užívá: _____

Zdravotní potíže: _____

Je třeba sledovat: _____

Je třeba ošetřovat: _____

Vyjádření dětského praktického lékaře:

Dítě schopné výjezdu na letní tábor _____

Poslední ANTB /kdy a jaké/:

Alergie _____

Datum _____ razítko a podpis lékaře