

## Lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti pracovat s dětmi

---

Pořadatel: *Pionýr, s. z. – Pionýrská skupina Hrádek, Spojovací 120, 338 42 Hrádek, IČO 18244335*  
Místo konání: *TZ Spálený mlýn pod Sedleckem*

Na základě ustanovení § 10 odst. 1) a 2) a § 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, podle kterých: „Fyzické osoby činné při zotavovací akci jako dozor nebo pracovník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

**vydávám toto lékařské potvrzení, že**

Jméno příjmení: ..... datum narození: .....

bytem: .....

**je zdravotně způsobilý/á jako činná osoba při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) jako pracovník.**

Toto potvrzení je platné dva roky (24 měsíců od data vydání).

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

.....  
razítko a podpis lékaře

## Lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti pracovat s dětmi

---

Pořadatel: *Pionýr, s. z. – Pionýrská skupina Hrádek, Spojovací 120, 338 42 Hrádek, IČO 18244335*  
Místo konání: *TZ Spálený mlýn pod Sedleckem*

Na základě ustanovení § 10 odst. 1) a 2) a § 12 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, podle kterých: „Fyzické osoby činné při zotavovací akci jako dozor nebo pracovník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

**vydávám toto lékařské potvrzení, že**

jméno a příjmení: ..... datum narození: .....

bytem: .....

**je zdravotně způsobilý/á jako činná osoba při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) jako pracovník.**

Toto potvrzení je platné dva roky (24 měsíců od data vydání).

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

.....  
razítko a podpis lékaře