

Zdravotní karta účastníka zájezdu

Místo konání:

Termín konání:

Jméno:

Datum narození:

Diety:

Zdravotní komplikace:

Alergie:

Důležité informace:

Svým podpisem potvrzuji, že semůže účastnit všech běžných sportovních aktivit. Dítě se neléčí s žádným onemocněním, které by mohlo způsobit jakékoliv zdravotní komplikace v důsledku sportovních aktivit.

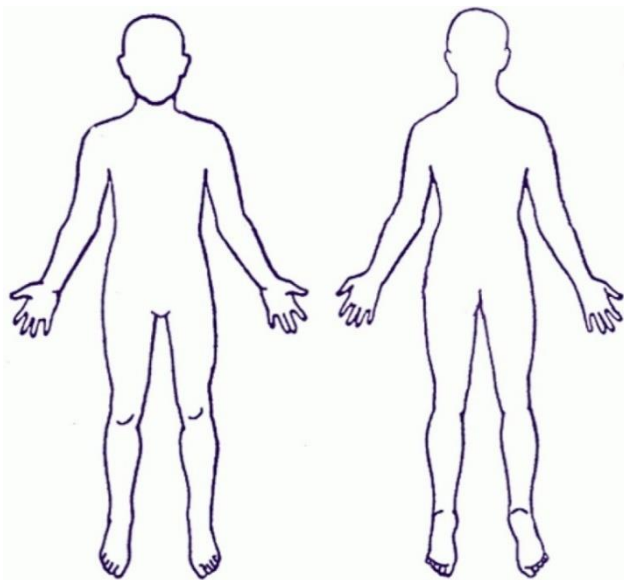
Datum a podpis zákonného zástupce:.....

Jméno:.....

Ošetření zdravotníkem v době konání kurzu

Datum	Zdravotní problém	Způsob ošetření	Následná léčba	Důležité informace

Odstranění klíštěte



V, dne

.....

zdravotník akce