

Potvrzení o zdravotní způsobilosti



Jméno a příjmení přihlašovaného dítěte:

Bydliště:

Datum narození dítěte:

Zdravotní pojišťovna:

Důležité informace o dítěti:

(Zde prosím uveďte veškeré informace o dítěti např. alergie, brýle, léky, pravidelné návyky, problémy atp.)

Jména a příjmení a mobilní telefon 2 zákonných zástupců:

Jméno zákonného zástupce:

Podpis:

V Brně, dne: