ZÁZNAM O LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE
RECORD OF THE MEDICAL EXAMINATION

Jméno_____ **Příjmení** _____
Name *Surname*

Datum narození_____ **Národnost**_____
Date of birth *Nationality*

Škola: **PORG Ostrava, ROSTISLAVOVA 1267/7, OSTRAVA-VÍTKOVICE 703 00**
School

Zdravotní skupina: I. II. III. IV.
Health Group

Omezení tělovýchovné aktivity:_____
Sports Activities Restrictions: _____

V případě omezení uveďte upozornění pro pedagogy, režim pro dítě, trvalá léčba apod.:
In case of any restrictions, please, notice the important information for teaching staff, daily regime, treatment for the child etc.:

_____

_____

Doporučení k jinému odbornému vyšetření: _____
Recommendations for other professional examination:

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO NE
The child underwent established regular vaccination

Alergie:
Allergies:

Alergen *Allergens*	**Příznaky** *Symptoms*

Dítě je schopno účastnit se*:
The child is able to attend the following:*

1. **Školní TV** *(School P.E.)*
2. **Výkonnostní sporty** *(Competitive sports)*
3. **Plavecký výcvik** (*Swimming training)*
4. **Lyžařský výcvik** *(Skiing training)*
5. **Pobyt v sauně** *(Sauna)*
6. **Školy v přírodě** *(Summer camps)*
7. **Zimní tábory***(Winter camps)*
8. **Hra na dechové nástroje** *(Playing the woodwinds)*

***Nehodící se škrtněte** / Delete as applicable

……
Podpis rodičů
Parents signature

……
Podpis a razítko lékaře
Doctor´s signature and stamp