

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA

Náš syn/naše dcera bude v průběhu studia absolvovat výjezd mimo školu, žádáme o potvrzení jeho/její zdravotní způsobilosti. Jedná se o poznávací zájezd do zemí, jejichž jazyky se na škole vyučují (zejména V. Británie, Francie, Švýcarsko, Německo)

### Žák:

|                   |  |
|-------------------|--|
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození:   |  |

### Škola:

Karlínské gymnázium, Praha 8, Pernerova 25

Adresa: Pernerova 25, 186 00 Praha 8

IČO: 613 89 064

### Lékařský závěr (prosíme, zakroužkujte, případně doplňte):

|   |   |
|---|---|
| A | Je zdravotně způsobilý/á                        |
| B | Je zdravotně způsobilý/á s podmínkou: (vyplnit) |
| C | Je zdravotně nezpůsobilý/á                      |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Datum vydání potvrzení:  |  |
| Jméno a příjmení lékaře: |  |
| Razítko a podpis lékaře: |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Datum podpisu:             |  |
| Podpis žáka:               |  |
| Podpis zákonného zástupce: |  |