



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 adaptační kurz, lyžařský výchovně-vzdělávací kurz. Náplní kurzu jsou seznamovací, zahřívací a atmosférotvorné aktivity, strategické a komunikační hry, lanové aktivity nízké i vysoké (v lanovém parku ve středisku), tvořivá dramatika, sociodramatické hry apod., lyžování sjezdové i běžkové, snowboarding.

Žák

Jméno a příjmení

Datum narození

Škola

Název: Karlínské gymnázium, Praha 8, Pernerova 25
Adresa: Pernerova 273/25, 186 00 Praha 8 – Karlín
IČO: 613 89 064

Lékařský závěr (prosíme, zakroužkujte, případně doplňte):

A	Je zdravotně způsobilý/á
B	Je zdravotně způsobilý/á s podmínkou (<i>vyplnit</i>):
C	Je zdravotně nezpůsobilý/á

Datum vydání potvrzení

Jméno a příjmení lékaře

Razítko a podpis lékaře

Datum podpisu

Podpis žáka

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce