

Záznam o provedení JPP

Jméno :

Narozen :

Bydliště :

Škola :

.....

.....

Doporučeno vyšetření :

Zdrav. skupina :	Režim, omezení, trvalá léčba :	do
Alergie na :	Příznaky :	

Závěr JPP :

1. Zdráv

2. Dg

Dítě je - není schopno letního stanového tábora

Datum a podpis: