

**POTVRZENÍ**  
**O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI VE VČELAŘSKÉM KROUŽKU MLÁDEŽE**

**Jméno a příjmení:** .....

**Datum narození:** .....

**Adresa:** .....

Posuzované dítě:

- a/ je zdravotně způsobilé\*)
- b/ není zdravotně způsobilé\*)
- c/ je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)\*)

.....  
d/ je alergické na včelí bodnutí\*)

e/ není alergické na včelí bodnutí\*)

V ..... Dne: .....

**ČSV**

**ČESKÝ SVAZ  
VČELAŘŮ**

.....  
Podpis a razítko lékaře

\*) nehodící se škrtněte