

# ODEVZDAT SPOLEČNĚ S LÉKAŘSKÝM POTVRZENÍM

---

Jméno člena oddílu:

---

Telefonní číslo rodičů, kam bude zasílat SMS vzkazy:

---

Adresa rodičů v době konání tábora:

---

Plavání - přeplave bazén 25 metrů bez rukávků      ANO   -   NE

---

Zdravotní potíže a omezení:

---

Pravidelně užívané léky:

Kdy má brát (ráno, večer atd.):

Dávkování:

---

Nepřavidelně užívané léky:

Při jakých potížích brát:

Dávkování:

---

Alergie na léky:

---

Nadstandardní očkování (klíšťová encefalitida atd.):