

POTVRZENÍ O LÉKAŘSKÉ ZPŮSOBILOSTI

k výkonu činnosti kladeče ve sportovní kynologii

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa bydliště: _____

Na základě provedeného lékařského vyšetření potvrzuji, že výše uvedená osoba je:

- ☐ zdravotně způsobilá k výkonu činnosti kladeče ve sportovní kynologii
- ☐ zdravotně způsobilá s omezením: _____
- ☐ dočasně nezpůsobilá k výkonu této činnosti
- ☐ dlouhodobě nezpůsobilá k výkonu této činnosti

Specifikace činnosti:

Činnost kladeče ve sportovní kynologii zahrnuje zejména:

- pohyb v terénu (pole, louky, lesní porost),
- chůzi na delší vzdálenosti v nerovném terénu,
- práci za různých klimatických podmínek,
- fyzickou zátěž odpovídající lehké až střední intenzitě.

Datum vyšetření: _____

Platnost potvrzení do: _____

V _____ dne _____

.....

Razítko a podpis lékaře