**Orvosi igazolás felnőtt részére egészségügyi alkalmasságról / *Potvrdenie zdravotnej spôsobilosti účasti dospelej osoby na letnom tábore, na zotavovacom podujatí***

Ezzel az orvosi bizonylattal igazolom, hogy / *Týmto lekárskym potvrdením osvedčujem, že:*

Keresztnév és vezetéknév / *Meno a priezvisko:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési idő*:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Születési szám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dátum narodenia: Rodné číslo:*

Lakcím / *Bydlisko:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

személy egészségügyileg alkalmas arra, hogy a § 25 paragrafus 2 355/2007 Z.z. számú rendelet értelmében felnőtt vezetőként (akár közösségi vezetőként), vagy egészségügyi felelősként, vagy konyhai segítségként részt vegyen a cserkésztáborban, természettáborban, üdülésen vagy egyéb, ehhez hasonló több napos gyermek és ifjúsági rendezvényen. A fenti rendelet értelmében ez az igazolás a kiállítástól számított 1 évig érvényes. / *Osoba je zdravotne spôsobilá vykonávať dozor (aj ako vedúci kolektívu) alebo zdravotný dohľad, alebo pomocná sila v kuchyni na skautskom tábore, na tábore v prírode, na zotavovacom podujatí alebo inom podobnom podujatí pre deti a mládež je osobou zdravotne spôsobilou v zmysle § 25 odst. 2 č. 355/2007 Z. z., o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V súlade s ustanovením vyššie uvedeného zákona má tento posudok platnosť 1 rok od dátumu vystavenia posudku*

Orvos (titulus, keresztnév és vezetéknév) / *Lekár (titul, meno a priezvisko):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kelt (helyszín) / *V* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ napon / *dňa (dátum):*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aláírás és pecsét / *Podpis a pečiatka:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_