



Zdravotní pojišťovna  
**METAL-ALIENCE**

# POTVRZENÍ O ÚČASTI NA OZDRAVNÉM POBYTU POŘÁDANÉM MŠ, ZŠ, SŠ, SOU A OU

Kód pojišťovny: 217

**VYPLNÍ  
KLIENT**

**1**

Rodné číslo dítěte:

Jméno:

Bydliště:

Rodné číslo matky:

Rodné číslo otce:

Klientka ZP M-A  ano  ne

Klient ZP M-A  ano  ne

Samoživitelka  ano  ne

Samoživitel  ano  ne

**VYPLNÍ ŠKOLA PO  
SKONČENÍ POBYTU**

**2**

Druh pobytu:  škola v přírodě  lyžařský kurz  ostatní formy ozdravných pobytů

Název školy:

Termín konání pobytu:

Cena pobytu:

Potvrzuji, že výše jmenovaný(á)  
se zúčastnil(a) uvedeného pobytu  
a uhradil(a) částku ve výši (Kč):

.....  
Datum, podpis a razítko školy