

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Evidenční číslo posudku: \_\_\_\_\_

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: \_\_\_\_\_

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: \_\_\_\_\_

IČO: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení oprávněné osoby \_\_\_\_\_

vztah k dítěti \_\_\_\_\_

oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *podpis oprávněné osoby*

## Část A

Posuzované dítě **k účasti na zotavovací akci, škola v přírodě, školní sportovní aktivity, lyžařský výcvik, školní plavání, letní, zimní tábor**

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotní způsobilé za podmínky (s omezením)

.....

**Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.**

## Část B

Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ / druh) .....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ / druh) .....
- d) je alergické na .....
- dlouhodobě užívá léky (typ / druh, dávka).....

**Poučení:** Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 22/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

\_\_\_\_\_ *datum vystavení*

\_\_\_\_\_ *podpis a razítko lékaře, zdrav. zařízení*