

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte**1. Identifikační údaje**

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotnických služeb
vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: _____

Datum narození posuzovaného dítěte: _____

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR posuzovaného
dítěte: _____**2. Účel vydání posudku**Zotavovací akce, lyžařský výcvikový kurz, škola v přírodě, plavecký kurz, dětský tábor
a soustředění**3. Posudkový závěr**A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě, LVZ, plaveckém kurzu nebo zotavovací
akci

- a) je zdravotně způsobilé^{*)}
- b) není zdravotně způsobilé^{*)}
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

**) _____

B) Posuzované 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 _____

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh,

dávka) _____

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující
zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci, LVZ, Plaveckém kurzu a škole v přírodě.**4. Poučení**

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb.,
O specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho
přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání
poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání
lékařského posudku nemá
odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro
něž
byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další
příbuzný dítěte): _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby_____
datum vydání posudku_____
jméno a příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotnických služeb