# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:……

Adresa sídla nebo místa poskytovatele:…… IČO:……

Jméno popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:……

Datum narození:…… Adresa bydliště:……

A) Posuzovaná činnost

| Posuzovaná činnost | Je zdravotně způsobilé* | Není zdravotně způsobilé* | Je zdravotně způsobilé za podmínky* |
|---|---|---|---|
| Škola v přírodě | | | * |
| Sportovní a tělovýchovné akce | | | * |
| Výuka plavání | | | * |
| Lyžařský výcvik | | | * |
| Zotavovací akce | | | * |
| Vícedenní pobyty v přírodě | | | * |

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) dítě je alergické na ……

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) ……

Poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona 4. 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 poskytovatel 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 nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:……

Vztah k posuzovanému dítěti:……

| | |
|---|---|
| Oprávněná osoba<br>převzala posudek<br>do vlastních rukou dne:…… | Podpis oprávněné osoby:…… |
| Evidenční číslo posudku:……<br><br><br><br>Datum vydání posudku:…… | Jméno, příjmení<br>a podpis lékaře,<br>razítko poskytovatele<br>zdravotnických služeb:…… |