

**POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE
K ÚČASTI NA TÁBOŘE, ŠKOLE V PŘÍRODĚ A REKREAČNÍM POBYTU**

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte..... datum narození.....

adresa trvalého pobytu nebo jiného pobytu.....

2. Účel vydání posudku - zdravotní způsobilost k účasti na zotavovacích a pobytových akcích v rámci zájmovém vzdělávání

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k výše uvedené činnosti:

- 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

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

4. Poučení

- a) 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 nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.
- b) Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:.....

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce).....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....
podpis oprávněné osoby

.....
datum vydání posudku

.....
podpis, jmenovka lékaře
razítko zdrav. zařízení