

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ****1. Identifikační údaje**

Evidenční číslo posudku:

Název, adresa a IČO poskytovatele zdravotnických služeb vydávající posudek:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Adresa trvalého pobytu v ČR posuzovaného dítěte: .....

Datum narození: .....

**2. Účel vydání posudku:****3. Závěr posudku:****A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci nebo škole v přírodě:**

- a) je zdravotně způsobilé\*
- b) není zdravotně způsobilé \*
- c) je zdravotně způsobilé 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):

\*Nehodící se škrtněte

**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 nějž 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, další příbuzný, ...):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby: .....

Datum vydání posudku:

.....  
 Jméno, příjmení a podpis lékaře  
 razítko poskytovatele zdravotnických služeb