

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě
(§ 9 odst. 1, zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví)

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních 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

Účast dítěte na sportovní a zotavovací akci pořádané ZŠ Velká Bíteš (lyžařský výcvikový kurz a ozdravný pobyt).

3. Posudkový závěr

A. Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé *)
- b) není zdravotně způsobilé *)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením *) **)

B. Posuzované dítě

se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO - NE

je proti nákaze imunní (typ/druh):

má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

je alergické na:	
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 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 nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno, příp. jména, 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, příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravotních služeb