

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

-----  
| Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: |  
| Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: |  
| IČO: |  
| Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte: |  
| Datum narození posuzovaného dítěte: |  
| Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky |  
| posuzovaného dítěte: |  
-----

2. Účel vydání posudku

-----  
| |  
-----

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 |  
| 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 |  
| 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, popřípadě 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.