

## Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

### 1. Identifikační údaje:

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek, adresa sídla poskytovatele, IČO:

.....

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:

..... datum narození .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu .....

### 2. Účel vydání posudku

.....

### 3. Posudkový závěr

#### Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé\*)

b) není zdravotně způsobilé\*)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*/ \*\* .....

*Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.*

#### Část B) Potvrzení o tom, že 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

**Poučení:** Proti části A tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 46 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 dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, apod.) .....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne .....

.....  
podpis oprávněné osoby

.....  
datum vydání posudku

.....  
jméno, příjmení, podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb