**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE**

**K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**

Evidenční číslo posudku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Identifikační údaje**

|  |  |
| --- | --- |
| Název poskytovatele zdravotních služebvydávajícího posudek: |  |
| Adresa sídla nebo místapodnikání poskytovatele: |  |
| IČO: |  |
| Jméno, popřípadě jména,a příjmení posuzovaného dítěte: |  |
| Datum narození posuzovaného dítěte: |  |
| Adresa místa trvalého pobytu nebojiného 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:

1. je zdravotně způsobilé \*)
2. není zdravotně způsobilé \*)
3. je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*)

B) Posuzované dítě:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním:
 | ANO – NE \*) |
| 1. je proti nákaze imunní (typ/druh):
 |  |
| 1. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
 |  |
| 1. je alergické na:
 |  |
| 1. dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):
 |  |

**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 je 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 – další příbuzný dítěte \*) |
| Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: |  | Podpis oprávněné osoby |  |

**Poznámka:**

\*) Nehodící se škrtněte.

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum vydání posudku Jméno, příjmení a podpis lékaře

 razítko poskytovatele

 zdravotních služeb