

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

(dle zákona č. 106/2001 Sb. o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti)

## 1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

### Údaje o poskytovateli zdravotních služeb:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajících posudek: .....

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: .....

IČO: .....

### Posuzované dítě:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: ..... / ..... / .....

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

## 2. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU

.....

## 3. POSUDKOVÝ ZÁVĚR

### ČÁST A: Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo na zotavovací akci je:

- a) zdravotně způsobilé \*)
- b) není zdravotně způsobilé \*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*) \*\*): .....

### 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 škrtně.
- \*\*) 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. OPRAVNĚNÁ OSOBA

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby: .....

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popřípadě 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