

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ		Evidenční č. posudku			
(dle přílohy č. 3 vyhlášky č. 106/2001 Sb., ve znění pozdějších předpisů)					
1. Identifikační údaje					
Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek		IČO			
Jméno (popřípadě jména) a příjmení posuzovaného dítěte		Datum nar.			
Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR posuzovaného dítěte					
2. Účel vydání posudku (zdravotní stav dítěte umožňuje)					
zahraniční pobyt	ANO-NE ^{*)}	sportovní tanec	ANO-NE ^{*)}	Jiné (uved'te):	ANO-NE ^{*)}
sportovní reprezentace školy	ANO-NE ^{*)}	škola v přírodě	ANO-NE ^{*)}	_____	
umístění ve stanovém táboře	ANO-NE ^{*)}			_____	
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 ^{*)} (uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na akci)					
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):					
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 (popř. 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		Jméno, příjmení a podpis lékaře, razítko poskytovatele zdravotních služeb			
Datum vydání posudku					

^{*)} Nehodící se škrtněte