**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI**

**NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**

| Evidenční číslo posudku: |  |
| --- | --- |

**1. Identifikační údaje**

| Název poskytovatele zdravotnických 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 republikyposuzovaného 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 za podmínky (s omezením)\*)\*\*)....................**B) Posuzované dítě:**a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NEb) 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, uvede seomezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci a školev přírodě. |
| --- |

**4. Poučení**

| Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., ospecifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jehopřezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předáníposkytovatelem zdravotnických služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumánílékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, žeposuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebozdravotně způsobilá s podmínkou. |
| --- |

**5. Oprávněná osoba**

| Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. dalšípříbuzný dítěte):Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:……………………………………Podpis oprávněné osoby |
| --- |

**datum vydání posudku: …………………………………………………………**

**podpis, příjmení a podpis lékaře**

**razítko poskytovatele**

**zdravotnických služeb**