

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

Evidenční číslo posudku:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa bydliště:

ČÁST A)

Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci:

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé s omezením:

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.

Jméno a příjmení oprávněné osoby (zákonného zástupce):

Vztah k dítěti:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby:

ČÁST B)

Potvrzení o tom, že dítě:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO / NE

b) je proti nákaze imunní (typ/druhu):

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

d) je alergické na:

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

.....

.....

Datum vydání posudku

.....

Podpis, jmenovka lékaře a razítko zdravotnického zařízení

* Tento posudek je platný 2 roky.