**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI**

**NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**

**(letní dětský tábor)**

 **Evidenční číslo posudku:**

1. **Identifikační údaje**

**Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajících 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 republiky posuzovaného dítěte:**

1. **Účel vydání posudku:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Posudkový závěr**

|  |
| --- |
| **A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci** a) **je** zdravotně způsobilé\*) 1. **není** zdravotně způsobilé\*)
2. 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):

 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.  |

1. **Poučení**

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podat 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.

1. **Oprávněná osoba**

**Jméno, popřípadě 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**

......................................... .......................................................

**Datum vydání posudku: Jméno, příjmení a podpis lékaře**

 **razítko poskytovatele zdravotních služeb**

=========================================================================

**Zde prosím nalepte kopii kartičky pojišťovny:**

|  |
| --- |
|  |