

## Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Poskytovatel zdravotnických služeb vydávající posudek: .....

Adresa sídla nebo místa poskytovatele: .....

Jméno a příjmení dítěte: ..... Datum narození: .....

Rodné číslo: ..... Adresa bydliště: .....

### A) Posuzovaná činnost

POSUZOVANÁ ČINNOST	JE ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÉ	NENÍ ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÉ	JE ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÉ ZA PODMÍNEK
Výuka plavání			
Škola v přírodě			
Sportovní a tělovýchovné akce			
Lyžařský výcvik			
Zotavovací akce			
Vícedenní pobyty v přírodě			

### A) Posuzované dítě

- a) se podrobilo stanoveným 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 (název, dávkování) .....

Poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle §46 ods. 1 zákona 4. 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. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Datum vydání posudku: ..... Převzal: .....

Platnost posudku do: ..... Vztah k dítěti: .....

Razítko a podpis lékaře: ..... Podpis: .....