

# POSUDEK o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

Žák			
Jméno a příjmení		Datum narození	
Bydliště		Zdravotní pojišťovna	

Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb vydávajících posudek	
Název (příp. jméno lékaře)	
Adresa sídla nebo místo podnikání	
IČO	

Část A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci *)		
je zdravotně způsobilé	není zdravotně způsobilé	je zdravotně způsobilé s omezením **)

Část B) Posuzované dítě			
se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním	ANO – NE *)	má individuální očkovací plán	ANO – NE *)
je proti nákaze imunní (typ/druh)			
má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)			
je alergické na			
dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávkování)			

\*) nehodící se škrtněte

\*\*\*) bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě na zadní straně tohoto dokumentu

Potvrzení je platné 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Poučení: Proti části A) tohoto potvrzení je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15ti dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

.....  
Datum vydání potvrzení

.....  
Podpis, jmenovka lékaře a razítko zdravotnického zařízení