

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

### 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:  
Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele, IČO:  
Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte.....  
Datum narození.....  
Adresa místa trvalého pobytu .....

### 2. 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 s omezením\*\*)..

#### B) Posuzované dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO –NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh).....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh).....
- d) je alergická na.....
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka).....

\*) 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

### 3. Poučení

*Proti bodu 2 části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, 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.*

### 4. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby .....  
Vztah k posuzovanému dítěti.....  
Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne .....

.....  
Podpis oprávněné osoby

.....  
Datum vydání posudku

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb