

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE  
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**

*dle vyhlášky č. 106/2001 Sb. ve znění vyhlášky č. 148/2004 Sb., příloha 3 a upraveno dle novely 422/2013)*

Evidenční číslo posudku: .....

**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 posuzovaného dítěte:

.....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

.....

**2. Účel vydání posudku**

**3. 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 alergické na:

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

Poznámka:

\*) 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

**4. Poučení**

Proti bodu 3. části A/ tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1. zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh o 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 posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

**5. 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

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