

# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

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

ÚČASTNÍK ZOTAVOVACÍ AKCE	
JMÉNO A PŘÍJMENÍ	
DATUM NAROZENÍ	
ADRESA*	

\* místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště posuzovaného dítěte na území České republiky

## Část A)

Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci:

- a) je zdravotně způsobilé \*\*)
- b) není zdravotně způsobilé \*\*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

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

\*\* )Nehodící se škrtněte

## Část B)

Potvrzení o tom, že 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):

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

Poučení: Proti části A) tohoto posudku 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 15 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 posudku

jméno, podpis a razítko lékaře

#### **OSOBA OPRÁVNĚNÁ**

Jméno a příjmení:.....

Vztah k dítěti:.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:.....

.....

podpis oprávněné osoby