

**POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI**
podle zákona č. 373/2011 Sb.

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte
datum narození dítěte rodné číslo
adresa bydliště

Část A)

Posuzování dítěte k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé *
- b) není zdravotně způsobilé*
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky*

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

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 (typu/druh)
- d) je alergické na**
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)**

.....
datum vydání posudku

.....
podpis jmenovka
(podle možností tel. číslo)
razítko zdrav. zařízení

Poučení:

Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný může podle ust. § 46 ods. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, 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, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost dle § 43 ods. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby, která převzala posudek do vlastních rukou
dne:.....

Vztah k dítěti

.....
podpis oprávněné osoby

*) Nehodící se škrtněte