

Vyplňte, prosím, hůlkovým písmem nebo na stroji.

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

Jméno a příjmení dítěte: _____

Rodné číslo: _____ / _____

Adresa trvalého pobytu dítěte: _____

Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

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

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) _____

_____ datum vydání posudku

_____ podpis, jmenovka lékaře

_____ razítko zdrav. zařízení

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.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k dítěti: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

podpis oprávněné osoby: _____

**) Nehodící se škrtněte.*