

Evidenční číslo posudku: _____

Účel vydání posudku: _____

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: _____

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: _____

IČO: _____

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: _____

Datum narození posuzovaného dítěte: _____

Adresa místa trvalého pobytu posuzovaného 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.***) *Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.*