**Evidenční číslo posudku:**

**1. Identifikační údaje**

|  |
| --- |
| 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 nebo jiného bydliště na území ČR posuzovaného dítěte:  ………………………………………………………………………………………………… |

**2. Účel vydání posudku**

|  |
| --- |
| Účast na zotavovací akci školy / školy v přírodě / povinný plavecký výcvik / příměstský tábor |

**3. Posudkový závěr**

|  |
| --- |
| A) posuzované dítě k účasti na škole v přírodě / zotavovací akci / plaveckém výcviku   1. je zdravotně způsobilé \*) 2. není zdravotně způsobilé \*) 3. je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) …………………………………   B) Posuzované dítě   1. se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO NE 2. je proti nákaze imunní (typ/druh): 3. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): 4. je alergické na: 5. dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):   Poznámka:  \*) 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 / škole v přírodě / plaveckém výcviku |

**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 na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný činek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. |

**5. Oprávněná osoba**

|  |
| --- |
| Jméno 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: