

# **Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte**

Evidenční číslo posudku: \_\_\_\_\_

## 1. Identifikační údaje

Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek (otisk razítka):

.....  
..... IČO:.....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

.....

Datum narození posuzovaného dítěte: .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo korespondenční adresa posuzovaného dítěte:

.....

## 2. Účel vydání posudku:

- zdravotní způsobilost k účasti na ozdravných pobytech, dětských táborech a podobných hromadných akcích dětí a žáků
- způsobilost k účasti na plaveckém výcviku

## 3. Posudkový závěr:

a) zdravotní způsobilost k účasti na zotavovacích akcích dětí a žáků (ŠvP, dětské tábory,...)

- je zdravotně způsobilé \*)
- není zdravotně způsobilé \*)
- je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) .....

b) zdravotní způsobilost k účasti na plaveckém výcviku

- je zdravotně způsobilé \*)
- není zdravotně způsobilé \*)
- je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) .....

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Evidenční číslo posudku: \_\_\_\_\_

## 1. Identifikační údaje

Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek (otisk razítka):

.....  
..... IČO:.....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

.....

Datum narození posuzovaného dítěte: .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo korespondenční adresa posuzovaného dítěte:

.....

## 2. Účel vydání posudku:

- zdravotní způsobilost k účasti na ozdravných pobytech, dětských táborech a podobných hromadných akcích dětí a žáků
- způsobilost k účasti na plaveckém výcviku

## 3. Posudkový závěr:

a) zdravotní způsobilost k účasti na zotavovacích akcích dětí a žáků (ŠvP, dětské tábory,...)

- je zdravotně způsobilé \*)
- není zdravotně způsobilé \*)
- je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) .....

b) zdravotní způsobilost k účasti na plaveckém výcviku

- je zdravotně způsobilé \*)
- není zdravotně způsobilé \*)
- je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) .....

c) posuzované dítě

- se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování: ANO - NE \*)
- je proti nákaze imunní (typ/druh): .....
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): .....
- je alergické na: .....
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): .....

Poznámka:

\*) Nehodící se škrtněte.

\*\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost.

4. Poučení o opravném prostředku: Proti tomuto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, ve lhůtě 10 pracovních dnů od jeho prokazatelného předání podat návrh na přezkoumání poskytovateli, který jej vydal.

5. Oprávněná osoba – jméno a příjmení:

.....  
Vztah k posuzovanému dítěti:                      zák. zástupce      opatrovník                      pěstoun                      jiný vztah

.....  
Datum vydání posudku                      Datum platnosti posudku                      Jméno, příjmení, podpis, razítko lékaře

Oprávněná osoba převzala

posudek do vlastních rukou dne: .....

.....

Podpis oprávněné osoby

c) posuzované dítě

- se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování: ANO - NE \*)
- je proti nákaze imunní (typ/druh): .....
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): .....
- je alergické na: .....
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): .....

Poznámka:

\*) Nehodící se škrtněte.

\*\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost.

6. Poučení o opravném prostředku: Proti tomuto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, ve lhůtě 10 pracovních dnů od jeho prokazatelného předání podat návrh na přezkoumání poskytovateli, který jej vydal.

7. Oprávněná osoba – jméno a příjmení:

.....  
Vztah k posuzovanému dítěti:                      zák. zástupce      opatrovník                      pěstoun                      jiný vztah

.....  
Datum vydání posudku                      Datum platnosti posudku                      Jméno, příjmení, podpis, razítko lékaře

Oprávněná osoba převzala

posudek do vlastních rukou dne: .....

.....

Podpis oprávněné osoby