**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:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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
1. Posudkový závěr:
2. zdravotní způsobilost k účasti na zotavovacích akcích dětí a žáků (ŠvP, dětské tábory,…)
* je zdravotně způsobilé \*)
* není zdravotně způsobilé \*)
* je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) …………………………………………………………………………….. ……………………….
1. 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:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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
1. Posudkový závěr:
2. zdravotní způsobilost k účasti na zotavovacích akcích dětí a žáků (ŠvP, dětské tábory,…)
* je zdravotně způsobilé \*)
* není zdravotně způsobilé \*)
* je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) …………………………………………………………………………….. ……………………….
1. zdravotní způsobilost k účasti na plaveckém výcviku
* je zdravotně způsobilé \*)
* není zdravotně způsobilé \*)
* je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) …………………………………………………………………………………………..……..
1. 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, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost.

1. 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.
2. 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

1. 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, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost.

1. 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.
2. 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