

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte



1. Evidenční číslo posudku:

2. Identifikační údaje:

---

Název poskytovatele zdravotnických služeb  
vydávajícího posudek:

---

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

---

IČ:

---

3. Identifikační údaje dítěte (účastníka):

---

Jméno a příjmení:

---

Datum narození:

---

Účastník má tato zdravotní omezení (choroby, operace, pravidelně užívané léky):

Alergie na (potraviny, bodnutí hmyzem, pylly, alergické reakce na léky apod.)

#### 4. Posudkový závěr:

Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci:

- je zdravotně způsobilé
- není zdravotně způsobilé
- je zdravotně způsobilé s omezením: .....

Proti bodu 4. 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 prac. dní ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s omezením.

#### 5. Posuzované dítě:

- se podrobilo stanoveným očkováním
- je proti nákaze imunní (typ/druh) \_\_\_\_\_
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) \_\_\_\_\_

#### 6. Oprávněná osoba:

\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

\_\_\_\_\_

Vztah k dítěti:

\_\_\_\_\_

Oprávněná osoba převzala posudek dne:

\_\_\_\_\_

Podpis oprávněné osoby:

Datum vydání posudku: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení, razítko a podpis lékaře/lékařky