

# LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

## k účasti na zotavovací akci

(podle § 9 Zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 106/2001 Sb.. )

Potvrzuji, že dítě: ..... narozen(a): .....

jméno, příjmení dítěte

datum narození

bytem: .....

adresa trvalého bydliště

▪ **je k účasti na zotavovací akci (lyžařský kurz):**

a) je zdravotně způsobilé \*

b) není zdravotně způsobilé \*

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \* : .....

.....

**DŮLEŽITÉ!**

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

▪ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO\* - NE\*

▪ je proti nákaze imunní (typ/druh): .....

▪ má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): .....

▪ je alergické na : .....

▪ dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): .....

.....

datum vydání posudku

podpis a razítko lékaře

**Poučení:** Proti 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 účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno a příjmení zák.zástupce: .....

Vztah k dítěti: .....

Zák. zástupce převzal posudek do vlastních rukou dne: .....

.....

podpis zákonného zástupce

\*

Nehodící se škrtněte.

**Orámovanou část Lékařského posudku vyplňuje zákonný zástupce dítěte.**