

# LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

## k účasti na zotavovací akci – škole v přírodě (ŠvP)

(podle § 9 Zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 106/2001 Sb. v zákoně 148/2004 Sb.)

Potvrzuji, že **dítě**: ..... narozen(a): .....  
jméno, příjmení dítěte datum narození

bytem: .....  
adresa trvalého bydliště

▪ **je k účasti na zotavovací akci (ŠvP):**

a) je zdravotně způsobilé\*

b) není zdravotně způsobilé\*

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

.....  
.....

### DŮLEŽITÉ!

Posudek je platný 12 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 zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

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 = rodič.