**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**

*dle vyhlášky č.106/2001 Sb. ve znění vyhlášky č. 148/2004 Sb., vyhlášky č. 320/2010 Sb. a vyhlášky č. 422/2013 Sb.)*

**1. Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek**

Evidenční číslo posudku………………………………………………………........................................................................................................

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:………………………………………………………………………………………………

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:…………………………………………………………………………………………………………………..

IČO:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2. Identifikační údaje posuzovaného dítěte**

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte ………………………………………………………………………………………………………

Datum narození posuzovaného dítěte……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu posuzovaného dítěte…………………………………………………………………………………

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

**3. Účel vydání posudku**

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

**4. Posudkový závěr**

Část A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

1. je zdravotně způsobilé \*)
2. není zdravotně způsobilé \*)
3. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)\*) \*\*)

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

\*) Nehodící se škrtne.

\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole přírodě

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

1. se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
2. je proti nákaze imunní (typ/druh)……………………………………………………………………………………………..................................
3. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) ………………………………………………………………..................................
4. je alergické na …………………………………………………………………………………………………………………………..................................
5. dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) ………………………………………………………………………………...................................

**5. Poučení**

Proti bodu 4) 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 zdravotnických 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.

**6. Oprávněná osoba**

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby……………………………………………………………………….......................................

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun)..........…………………………………........................................

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne………………………………………………………………......................................

…………………………………………………….

 Podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku ……………………….

 ………………………………………………………….

 Jméno, příjmení a podpis lékaře

 Razítko poskytovatele zdravotních služeb

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