

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

Evidenční číslo posudku: \_\_\_\_\_

**I. Identifikační údaje:**

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajících posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

Jméno, popř. jména a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR posuzovaného dítěte:

---

**II. Účel vydání posudku: Letní dětský tábor**

---

**III. Posudkový závěr:**

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

- a) je zdravotně způsobilé \*)
- b) není zdravotně způsobilé \*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*) \*\*)

**B) Posuzované dítě**

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh):
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
- d) je alergická na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

\*) Nehodící se škrtněte.

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

---

**IV. Poučení:**

Proti bodu III. části A) tohoto lze podle ustanovení § 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. Platnost tohoto posudku je dva roky od vydání.

---

**V. Oprávněná osoba:**

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....  
podpis oprávněné osoby

.....  
Datum vydání posudku

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb