

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ : .....

DATUM A MÍSTO NAROZENÍ : ..... ZP : .....

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ : .....

1) **Dítě:**

a) **je zdravotně způsobilé** zúčastnit se :

- |                                |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Školní TV                   | 7. Bruslení                           |
| 2. Školy v přírodě             | 8. Zájmové sportovní činnosti         |
| 3. Ozdravného pobytu v přírodě | 9. Poznávacího zájezdu (ČR/zahraníčí) |
| 4. Plaveckého výcviku          | 10. Ozdravného pobytu u moře          |
| 5. Lyžařského výcviku          | 11. Saunování                         |
| 6. Dětského tábora             | 12. Sportovně- turistického kurzu     |

b) **není zdravotně způsobilé**

c) **je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)**

2) Dítě se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE

Je proti nákaze imunní (typ/druh) .....

Má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) .....

Poslední očkování proti tetanu dne .....

Jiná provedená očkování .....

3) Alergie : ANO - NE

4) Dlouhodobě užívá léky ( typ, druh, dávka)

Upozornění pro školu ( pořadatele akce)

V ..... dne .....

.....  
podpis lékaře, razítko

**Poučení :** Proti části 1) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona 20/1996 Sb. 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.

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

Zákonní zástupci jsou povinni při změně zdravotního stavu dítěte nechat tyto změny ve zdravotním průkazu vyznačit.

Zákonní zástupci souhlasí s uvedenými údaji.

V ..... dne .....

.....  
podpis zákonných zástupců

Datum	Druh změny, resp. prodloužení platnosti	Podpis zákonného zástupce