LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

k účasti na sportovním táboře – Soustředění Libochovice 2020

(podle § 9 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, a Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 106/2001 Sb., o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti, ve znění pozdějších předpisů)

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

bytem: .....
adresa trvalého bydliště

A) k účasti na sportovní akci soustředění Libochovice 2020:

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.**

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 alergické na .....

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) .....

.....

*nehodící se škrtněte

Poučení: Proti písm. 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 oprávněné osoby: .....

Vztah k dítěti: .....

Oprávněná osoba převzal posudek do vlastních rukou dne: .....

.....
podpis oprávněné osoby

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: .....

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

IČO: ..... **Evidenční číslo posudku: .....**

..... **.....**

datum vydání posudku **podpis a razítko lékaře**