

# POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

## 1. Identifikační údaje

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

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

IČO: .....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Adresa bydliště (ulice, město, PSČ): .....

Zdravotní pojišťovna: .....

## 2. Účel vydání posudku<sup>\*)</sup>

Letní pobytový tábor

Letní příměstský tábor

Zimní tábor

## 3. Posudkový závěr

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

a) je zdravotně způsobilé<sup>\*)</sup>

b) není zdravotně způsobilé<sup>\*)</sup>

c) je zdravotně způsobilé za podmínky s omezením<sup>\*)\*\*)</sup>

\*) .....

\*) „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.

**Část B) Potvrzení o tom, že 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): .....

## 4. Poučení

Proti 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 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.

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

## 5. 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 zdrav. služeb**

## PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE\*

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti: .....  
narozenému: ..... bytem: ..... změnu  
režimu, a že dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a v 14 kalendářních dnech  
před odjezdem na zotavovací akci nepřišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo  
podezřelou z nákazy ani mu nebylo nařízeno karanténní opatření.

Dítě je schopno zúčastnit se zotavovací akce v ..... od ..... do .....

Dítě má tato zdravotní omezení: .....

Dítě užívá tyto léky: .....

U svého dítěte chci upozornit na: .....

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V ..... dne: .....

.....  
Podpis zákonných zástupců ze dne, kdy dítě odjíždí na zotavovací akci

*\*Toto prohlášení se vypisuje a podepisuje v den nástupu, případně den před nástupem na zotavovací akci.*