Základní škola Kladno, Brjanská 3078, 27204 Kladno 4

IČO: 61894494 [12zskladno@seznam.cz](mailto:12zskladno@seznam.cz) tel: 312268338

**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte**

Poskytovatel zdravotnických služeb vydávající posudek: ……..…………………………..................................

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

Jméno a příjmení dítěte ………………………………………..…….. Datum narození…………………….…….

Rodné číslo………………………………Adresa bydliště………………………………………………………….

**A) Posuzovaná činnost**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Posuzovaná činnost | Je zdravotně způsobilé | Není zdravotně způsobilé | Je zdravotně způsobilé  za podmínek: |
| Výuka plavání |  |  |  |
| Škola v přírodě |  |  |  |
| Sportovní a tělovýchovné akce |  |  |  |
| Lyžařský výcvik |  |  |  |
| Zotavovací akce |  |  |  |
| Vícedenní pobyty v přírodě |  |  |  |

**B) Posuzované dítě**

a) podrobilo se stanoveným očkováním ANO – NE

b) je proti nákaze imunní ( typ, druh) ………………………………………………………………………………

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování ( typ, druh ) …………………………………………………………..

d) dítě je alergické na ……………………………………………………………………………………………….

e) dlouhodobě užívá léky ( název, dávkování ) ……………………………………………………………………

Poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona 4. 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 poskytovatel 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.

Datum vydání posudku: ……………………… Převzal(a): ………………………..

Platnost posudku do : ………………………… Vztah k dítěti: ……………………

Razítko a podpis lékaře: Podpis: …………………………...