

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI
A JINÉ PODOBNÉ AKCI PRO DĚTI - LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ**

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození dítěte:

Bydliště dítěte:

Zdravotní pojišťovna dítěte:

Účel vydání posudku: **Ev. číslo posudku:**

V souladu se zákonem o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. a vyhláškou č. 106/2001 Sb. uvádím následující skutečnosti o posuzovaném dítěti:

1. dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO - NE
2. dítě je proti nákaze imunní (typ/druh):
3. dítě má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
4. dítě je alergické na:
5. dítě dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):
6. dítě má zdravotní omezení (trpí nemocí):

Potvrzuji, že mám k dispozici zdravotní dokumentaci dítěte a je mi znám jeho zdravotní stav.

Na základě provedené prohlídky potvrzuji, že výše uvedené dítě ze zdravotního hlediska:

- a) je zdravotně způsobilé účastnit se zotavovací akce a jiné podobné akce pro děti
- b) není zdravotně způsobilé účastnit se zotavovací akce a jiné podobné akce pro děti
- c) je zdravotně způsobilé účastnit se zotavovací akce a jiné podobné akce pro děti s
omezením

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

**Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popřípadě další
příbuzný dítěte):**

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Jméno a příjmení (případně telefon) praktického lékaře pro děti a dorost, který dítě registruje:
.....

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Datum a místo vydání posudku:

Podpis praktického lékaře

a razítko poskytovatele zdravotních služeb