**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE**

**Evidenční číslo posudku:**

**1) Identifikační údaje**

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu posuzovaného dítěte:

**2) Účel vydání posudku**

**Část A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Posuzovaná činnost** | **Je zdravotně způsobilé** | **Není zdravotně způsobilé** | **Je zdravotně způsobilé s omezením** |
| **Zotavovací akce** |  |  |  |
| **Sportovní a tělovýchovné akce** |  |  |  |
| **Plavání** |  |  |  |
| **Lyžařský výcvik** |  |  |  |
| **Vysokohorská turistika** |  |  |  |
| **Lukostřelba** |  |  |  |
| **Sportovní soutěže a závody** |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

**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)………………………………………………….…..

**3) Poučení**

Proti části A tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10. 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.

**4) Oprávněná osoba**

Jméno a příjmení oprávněné osoby……………………………………………………………………

Vztah k dítěti……………………………………………………………………………………..………..

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne………………………………………..

………………………………………..…

podpis oprávněné osoby

………………………………………….. ……………………………………………….

Datum vydání posudku: Jméno, příjmení a podpis lékaře (razítko)