

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo posudku: _____

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: _____

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: _____

IČO: _____

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte: _____

Datum narození posuzovaného dítěte: _____

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte: _____

2. Účel vydání posudku

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci (nehodící se škrtněte)

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé s omezením *) _____

*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

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) _____

4. Poučení

Proti bodu 3. 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.

5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby: _____

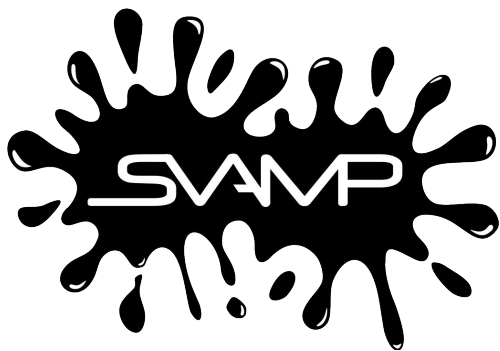
Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. Další příbuzný dítěte): _____

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

.....
Podpis oprávněné osoby

.....
Datum vydání posudku

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb



SVAMP z. s.

IČ 22850902

se sídlem Gallova 1168, 517 41 Kostelec nad Orlicí
zapsán u Krajského soudu v Hradci Králové
pod sp. Zn L 7556

Čestné prohlášení zákonného zástupce dítěte o bezinfekčnosti

Údaje o dítěti

Jméno (popřípadě jména) a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

Prohlašuji, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na letní tábor nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření. Jako zákonný zástupce si jsem vědom(a) možných právních následků pro případ, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

.....
Datum

.....
podpis zákonného zástupce

K tomuto čestnému prohlášení lze přihlížet pouze tehdy, je-li vyplněno v den příjezdu dítěte na letní tábor. Bez platného čestného prohlášení o bezinfekčnosti nelze dítě na letní tábor přijmout