

# LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE KÚČASTI NA TÁBOŘE

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa místa trvalého pobytu:

**ČÁST A****Posuzované dítě k účasti na táboře:**

(Nehodící se škrtněte)

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky: .....

Potvrzení je platné 12 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):

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 zdravotnických 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 potvrzení: .....

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

Jméno a příjmení oprávněné osoby: .....

Vztah oprávněné osoby k posuzovanému dítěti: .....

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

.....  
Podpis oprávněné osoby

PLATNOST TOHOTO POTVRZENÍ JE 12 MĚSÍCŮ OD DATA VYSTAVENÍ,  
PROTO NA TÁBOR ODEVZDEJTE KOPII A ORIGINÁL SI PONECHEJTE PRO PŘÍPADNÉ DALŠÍ POUŽITÍ.