ZŠ a MŠ
BEZ HRANIC

ŽÁDOST

o posouzení zdravotní způsobilosti dítěte, žáka nebo studenta

Na základě zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a dle metodického pokynu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ze dne 22. prosince 2005, Č.j.: 37 014/2005-25 si Vás dovolujeme požádat o posouzení zdravotní způsobilosti dítěte – žáka – studenta pro níže uvedené činnosti:

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

1. Identifikační údaje: Evidenční číslo posudku: **……..**

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:	
IČO a Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:	

Jméno, popř. jména a příjmení posuzovaného dítěte:	
Datum narození posuzovaného dítěte:	
Bydliště posuzovaného dítěte:	

2. Účel vydání posudku:

Posuzovaná činnost (1)	**X**	**Schopen**	**Neschopen**	**Schopen s omezením(2)**
Zotavovací akce a sportovně rekreační pobyt				
Sportovní a tělovýchovné akce				
Výuka plavání				
Lyžařský výcvik				
Vysokohorská turistika				

(1) Křížkem označte posuzovanou činnost, případně doplňte další údaje a specifické činnosti (např. vysokohorská turistika)
(2) V případě potřeby připojte další list

ZŠ a MŠ
BEZ HRANIC

3. Posudkový závěr:

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)
Další doplňující údaje

4. Poučení

Proti tomuto 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:

Platnost tohoto potvrzení je 24 měsíců od data vystavení (není – li uvedeno jinak), pokud v souvislosti s nemocí či úrazem v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Datum vydání posudku: _____

_____ příjmení a podpis lékaře

_____ razítko poskytovatele zdravotnických služeb