

# ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ

**Závazný pokyn pro lékaře:**

Prosíme, uveďte nemoci dětské i ostatní, které dítě prodělalo , operace, úrazy a jiné zdravotní potíže, které by měly být zohledněny.

Jméno a příjmení dítěte

Rodné číslo (datum narození)

--	--

Adresa trvalého bydliště

--

**Část A)** Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé\*)
- b) není zdravotně způsobilé\*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

.....

**Část B)** Potvrzení o tom , že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
- b) je proti nákaze imunní (typ a druh).....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ a druh).....
- d) je alergická.....
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh,dávka).....

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

**Poučení:** Proti části A )tohoto posudku je podat podle §77 odst. 2 zákona č.20/1966 Sb.,o péči ozdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,návrh na jeho přezkoumání do 15-ti dnů ode dne ,kdy se oprávněné osoby dozvěděli o jeho obsahu

Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotního zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem ), které posudek vydalo.Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř.lékař provozující zdravotnický zařízení vlastním jménem )návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

V	dne	razítko a podpis lékaře
---	-----	-------------------------

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby .....

Vztah k dítěti.....

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

\*)nehodící se škrtněte