

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu.....

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé*)

b) není zdravotně způsobilé*)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

*)

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)

datum vydání posudku

.....
podpis, jmenovka lékaře, razítko zdrav. Zařízení

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

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

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

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....
podpis oprávněné osoby

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne
(stvrzuje se příloženou "doručenkou")

*) Nehodící se škrtněte.

LIST ÚČASTNÍKA

(odevzdává se na srazu)

Jméno a příjmení:

Kontakt na rodiče nebo jiné zástupce dosažitelné v průběhu akce:

Jméno a příjmení:

Vztah:

Adresa:.....

Telefon:.....

Email:.....

BEZINFEKČNOST

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel apod.) a krajský hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by dítě v posledních dvou týdnech přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsem si vědom právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto moje prohlášení bylo nepravdivé.

Zvláštní úraz. pojištění:

.....

Zdravotní potíže / alergie:

.....

.....

Upozorňuji na tyto potíže / nutnost braní léků:

.....

Dítě je: plavec / neplavec

V..... dne.....

(datum odjezdu)

Podpis.....