


Základní škola a Mateřská škola Liběšice

příspěvková organizace

IČ 75019639

Liběšice 170, 411 46 Liběšice

tel.: +420 416 798 131

ekologie | výchova | vzdělávání | aktivity

gsm: +420 724 939 799

mail: zs@libesice.cz

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

dle § 9 odst. 3 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých
souvisejících zákonů, v platném znění

I. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení			
Datum narození		Zdravotní pojišťovna	
Trvalé bydliště			

II. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU:

--

III. POSUDKOVÝ ZÁVĚR:

Závažná onemocnění, která dítě prodělalo:

Alergie:
typ (vyrážka, atopický ekzém, zánět spojivek, senná rýma...)
alergen
léčiva (zdůrazněte, zda pouze při obtížích nebo trvale)
alergie na léky

Jiné zdravotní obtíže:
Léčiva (typ, druh, dávka)

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

- a) je zdravotně způsobilé¹
b) není zdravotně způsobilé¹
c) je zdravotně způsobilé s omezením^{1 2}

.....
.....

B) Posuzované dítě:

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO / NE¹
b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

.....

- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

.....

- d) je alergické na (viz tabulka)
e) dlouhodobě užívá léky (viz tabulka)

IV. PLAVECKÉ SCHOPNOSTI

plavec ¹	částečný plavec ¹	neplavec ¹
---------------------	------------------------------	-----------------------

V. POUČENÍ

Proti bodu III. 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.

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci má platnost dle § 9 odst. 3 zákona č. 258/2000 Sb. dva roky.

VI. OPRÁVNĚNÁ OSOBA

Jméno a příjmení	
Vztah k posuzovanému dítěti	
Převzal(la) posudek do vlastních rukou dne	Podpis oprávněné osoby

VII. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek	
Adresa	
IČO	

Datum vydání posudku		Jméno a příjmení lékaře	
Razítko poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře			

¹ Nehodící se škrtněte.

² Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci nebo škole v přírodě.