

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na dětském táboře Pinokijo*)



1. Identifikační údaje:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávající posudek: _____

Adrese sídla nebo místa podnikání poskytovatele: _____

IČO: _____

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte: _____

Datum narození posuzovaného dítěte: _____

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte: _____

2. Účel vydání posudku: _____

3. Posudkový závěr: _____

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

a) j e zdravotně způsobilé **)

b) n e n í zdravotně způsobilé **)

c) j e zdravotně způsobilé s omezením***)

Část B) 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 upozornění: _____

Jméno a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník) : _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Datum vydání posudku: _____ Podpis oprávněné osoby: _____

Jméno, příjmení a podpis lékaře a razítko poskytovatele zdravotních služeb

Poznámka:

*) Potvrzení tohoto znění vyžaduje § 9 zákona 258/2000 Sb. Může být nahrazeno kopií **Posudku o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na škole přírodě nebo zotavovací akci** s platností 12 měsíců od data jeho vydání.

**) Nehodící škrtněte.

***) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost na zotavovací akci.