

# Základní škola Kounice, okres Nymburk

Telefon: 321 695 873, E-mail: [info@zskounice.cz](mailto:info@zskounice.cz), IZO: 600 050 921  
Adresa: ZŠ Kounice, 289 15 Kounice 363, [www.zskounice.cz](http://www.zskounice.cz), IČO 750 30 942, účet 51-566 076 0227/0100

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI, ŠKOLE V PŘÍRODĚ A PLAVECKÉM VÝCVIKU

Evidenční číslo posudku:

### 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa 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

A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci, školu v přírodě nebo plavecký výcvik:

- a) je zdravotně způsobilé\*)
- b) není zdravotně způsobilé\*)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením\*)\*\*):

B) Posuzované dítě

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

Poznámka:

\*) nehodící se škrtněte

\*\*) bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci, škole v přírodě a plavecký výcvik.

# Základní škola Kounice, okres Nymburk

Telefon: 321 695 873, E-mail: [info@zskounice.cz](mailto:info@zskounice.cz), IZO: 600 050 921

Adresa: ZŠ Kounice, 289 15 Kounice 363, [www.zskounice.cz](http://www.zskounice.cz), IČO 750 30 942, účet 51-566 076 0227/0100

## 4. Poučení

Proti bodu 3. části A) 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.

## 5. Oprávněná osoba

Jméno, případně jména, a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzní dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: \_\_\_\_\_

Podpis oprávněné osoby: \_\_\_\_\_

Datum vydání posudku

Jméno, příjmení a podpis lékaře

\_\_\_\_\_

razítko poskytovatele zdravotních služeb

**KOUNICE**