**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovacích akcích**

(např. na lyžařském výcvikovém kurzu, výuce plavání, sportovních a pobytových akcích školy)

1. **Identifikační údaje**

|  |
| --- |
| Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:  Adresa sídla:  IČO:  **Jméno dítěte:**  **Příjmení:**  **Datum narození dítěte:** |

1. **Posudkový závěr**

|  |
| --- |
| 1. **Posuzované dítě k účasti na zotavovacích a sportovních akcích:** 2. Je zdravotně způsobilé\*) 3. Není zdravotně způsobilé\*) 4. Je zdravotně způsobilé s omezením\*)\*\*): 5. **Posuzované dítě** 6. Se podrobilo pravidelným očkováním ANO – NE 7. Je proti nákaze imunní (typ/druh) 8. Má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) 9. Je alergické na: 10. Dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)   \*) nehodící se škrtněte  \*\*)uveďte omezení podmińující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací nebo sportovní akci |

1. **Oprávněná osoba**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení oprávněné osoby:**  **Vztah k posuzovanému dítěti** (zákonný zástupce/opatrovník):  **Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:**  **Podpis oprávněné osoby:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Datum vydání posudku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení lékaře:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razítko poskytovatele zdravotních služeb: