

**ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE - I. DÍL**

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa včetně PSČ a názvu dodávací pošty:

Platnost posudku do (2 roky):

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI****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 předepsaným 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 zdravotnického zařízení

**Poučení:** *Proti závěru 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 zdravotnických 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.*

Jméno, popř. jména a příjmení oprávněné osoby: \_\_\_\_\_

Vztah k dítěti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
datum převzetí posudku oprávněnou osobou\_\_\_\_\_  
podpis oprávněné osoby**PLATNOST TOHOTO POSUDKU JE 24 MĚSÍCŮ OD DATA VYSTAVENÍ. PROSÍME, NA TÁBOR ODEVZDEJTE JEHO KOPII A ORIGINÁL SI PONECHEJTE PRO PŘÍPADNÉ POZDĚJŠÍ POUŽITÍ !!!**