

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Evidenční číslo posudku:

Pořádaná akce:

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávající posudek:.....

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:.....

IČO:.....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte

Datum narození

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

.....

Část A

Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé *)

b) není zdravotně způsobilé *)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky – s omezením *):

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby

nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B

Potvrzuji, že 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)

datum vydání posudku jméno a podpis lékaře

razítko zdravotnického zařízení

*) Nehodící se škrtněte.

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

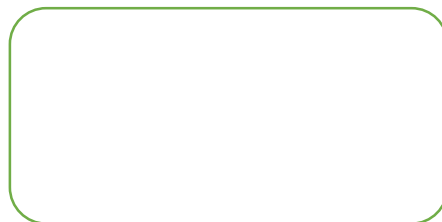
.....

Podpis oprávněné osoby

Jméno dětského lékaře:

Telefonní kontakt lékaře:

Datum vydání posudku:



podpis a razítko lékaře