# Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

|  |  |
| --- | --- |
| Evidenční číslo potvrzení: |  |

## 1. Identifikační údaje

|  |  |
| --- | --- |
| **Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího potvrzení:** |  |
| 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 potvrzení

Účast na jarním skautském táboře.

## 3. Posudkový závěr

1. Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci:
   1. je – není zdravotně způsobilé \*)
   2. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*) \*\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Posuzované dítě:
   1. se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*)
   2. je proti nákaze imunní (typ/druh)
   3. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
   4. je alergické na
   5. dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

\*) Nehodící se škrtněte \*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uvede se omezení

podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

## 4. Poučení

Proti bodu 3. části A) tohoto potvrzení 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 potvrzení vydal. Návrh na přezkoumání lékařského potvrzení 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, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby | |  | | Podpis |  |
| Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, pěstoun… | |  | | Datum převzetí |  |
|  | |  | |  |  |
| **Datum vydání potvrzení** | **Jméno a příjmení**  **lékaře** | | **podpis**  **lékaře** | **razítko poskytovatele**  **zdravotnických služeb** | |
|  |  | |  |  | |