



BOMBA tábor - dětské tábory, z. s.  
Pražská 21, Úpořiny 415 01  
Č. účtu: 2500779873/2010  
IČO: 03977056, DIČ: CZ03977056  
SP. zn.: L 9474 vedena u Krajského  
soudu v Ústí nad Labem

datová schránka: jpj66ir

Počet listů: 2

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

Evidenční číslo posudku: \_\_\_\_\_

### 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických 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:

\_\_\_\_\_

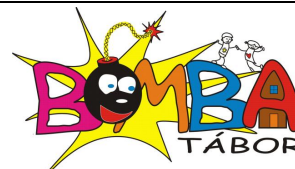
### 2. Účel vydání posudku

- Účast dítěte na zotavovací akci a škole v přírodě

### 3. Posudkový závěr

A. Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci:

1. je zdravotně způsobilé\*)
2. není zdravotně způsobilé\*)
3. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením\*)\*\*):





**B. 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)

**Poznámka:**

\*) Nehodící se škrtněte

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

**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 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.

**5. Oprávněná osoba**

**Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

**Podpis oprávněné osoby:** \_\_\_\_\_

**Datum vydání posudku:** \_\_\_\_\_

**Příjmení a podpis lékaře razítko poskytovatele zdravotnických služeb:**

\_\_\_\_\_

