

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovacích a sportovních akcích a výuce tělesné výchovy

Evidenční číslo posudku:

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: .....

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

IČO:.....

Jméno 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 zotavovacích, sportovních a tělovýchovných akcích, kurzech a výuce tělesné výchovy (včetně plavání a lyžování)

## 3. Posudkový závěr

### A) Posuzované dítě k účasti na zotavovacích, sportovních a tělovýchovných akcích, kurzech a výuce tělesné výchovy:

- a) je zdravotně způsobilé\*)
- b) není zdravotně způsobilé\*)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením\*\*)\*\*)

### B) 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).....

Poznámka:

\*) nehodící se škrtněte

\*\*) Byli-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovacích, sportovních a tělovýchovných akcích, kurzech a výuce tělesné výchovy.

## 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 zdravotních 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, případně jména, a příjmení oprávněné osoby: .....

Vztah k posuzovanému dítěti: .....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:.....

.....  
Podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku.....

Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko zdrav. Zařízení

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Prohlášení zákonného zástupce

Výše uvedené údaje jsou pravdivé. Při změně zdravotního stavu našeho dítěte požádáme o vystavení nového posudku o zdravotní způsobilosti dítěte. Tuto skutečnost oznámíme bezodkladně vedení školy nebo třídnímu učiteli.