

.....
Název školy nebo školského zařízení

ŽÁDOST

o posouzení zdravotní způsobilosti dítěte, žáka nebo studenta

Na základě metodického pokynu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ze dne 22. prosince 2005, č. j.: 37 014/2005-25, si Vás dovoluujeme požádat o posouzení zdravotní způsobilosti dítěte – žáka – studenta pro níže uvedené činnosti:

1. Identifikační údaje:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte:	
Datum narození posuzovaného dítěte:	
Bydliště posuzovaného dítěte:	

2. Posudkový závěr – část A:

Posuzované dítě vzhledem k posuzované činnosti ⁽¹⁾	X	je zdravotně způsobilé	není zdravotně způsobilé	je zdravotně způsobilé s omezením ⁽²⁾
Škola v přírodě				
Sportovní a tělovýchovné akce/školní sportovní soutěže				
Výuka plavání				
Lyžařský výcvik				
Pobytový zájezd v zahraničí				

(1) Křížkem označte posuzovanou činnost, případně doplňte další údaje a specifické činnosti (např. vysokohorská turistika).

(2) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě. V případě potřeby připojte další list.

2. Posudkový závěr – část B:

Posuzované dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE⁽³⁾
- 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)

(3) Nehodící se škrtněte

3. Poučení:

Proti bodu 2. 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.

4. Oprávněná osoba:

Jméno, případně jména, a příjmení oprávněné osoby: _____

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

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby: _____

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost po dobu dvou let od data vystavení, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte.

Datum vydání posudku: _____

Jméno, příjmení a podpis lékaře: _____

Razítko poskytovatele zdravotních služeb: