**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci**

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: ……………………………………………………………………………………………..

Datum narození: …………..………………………………………………

Adresa místa trvalého pobytu: …………………………………………………………………………………………………………….

**Část A)**

**Posuzované dítě** k účasti na zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé\*)

b) není zdravotně způsobilé\*)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)………………………………………………………

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

**Část B)**

**Potvrzení** o tom, že 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) …………….……………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….. ……………………………………………………...

místo a datum vydání posudku razítko zdrav. zařízení, podpis lékaře

**Jméno, popřípadě jména a příjmení** oprávněné osoby ……………………………………………………………………….

**Vztah k dítěti** ……………………………………………

**Oprávněná osoba** převzala posudek do vlastních rukou dne ………………………..……………………………………..

…………………………………….

podpis oprávněné osoby

\*nehodící se škrtněte