**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na škole v přírodě / zotavovací akci (Lékařské potvrzení)**

**Příjmení a jméno dítěte: ………...……..….…...................................... Třída: .......................**

**Datum narození posuzovaného dítěte: ...........................................................….......................**

**Bydliště dítěte: ............................................................................................................................**

**Účel vydání posudku: .................................................................................................................**

V souladu se zákonem o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. a vyhláškou č. 106/2001 Sb. uvádím následující skutečnosti o posuzovaném dítěti:

1. dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO NE

2. dítě je proti nákaze imunní (typ): ............................................................................................

3. dítě má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ): …….........…..................................…....

4. dítě je alergické na: ...........................……………………………………………...................

4. dítě dlouhodobě užívá léky (druh, dávka): ...........................…………………………………

5. dítě má zdravotní omezení (trpí nemocí): ...................…………..............................................

Potvrzuji, že mám k dispozici zdravotní dokumentaci dítěte a je mi znám jeho zdravotní stav.

Na základě provedené prohlídky potvrzuji, že je výše uvedené dítě ze zdravotního hlediska způsobilé zúčastnit se školy v přírodě / zotavovací akce

1. a nevyžaduje žádnou zvláštní zdravotní péči.
2. s tímto omezením ..............................................................................................................

Jméno a příjmení zákonného zástupce (příbuzného) ....................................................................

Příbuzenský vztah k posuzovanému dítěti: ..................................................................................

Oprávněná osoba (zák.zást.) převzala posudek dne: ....................................................................

Podpis oprávněné osoby (zák.zást. popř. jiného příbuzného): .......................................................

Jméno a příjmení (případně telefon) praktického lékaře pro děti a dorost, který dítě registruje:

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

Adresa sídla poskytovatele: ............................................................ IČO: ...................................

Datum a místo vydání posudku: .............................. .......................................................

 Podpis praktického lékaře

 a razítko poskytovatele zdravotních služeb