

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZP SOBILOSTI DÍT TE K Ú ASTI NA P ÍM STSKÉM TÁBO E

### 1. Identifika ní údaje

Eviden ní íslo posudku:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

I O:

**Posuzované dít te:**

Jméno, pop. jména, a p íjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydlišt na území R:

### 2. Ú el vydání posudku: ú ast na p ím stském tábo e

### 3. Posudkový záv r

**A) Posuzované dít k ú asti na p ím stském tábo e:**

- a) je zdravotn zp sobilé\*)
- b) není zdravotn zp sobilé
- c) je zdravotn zp sobilé s omezením\*\*)

**B) Posuzované dít**

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným o kováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh).....
- c) má trvalou kontraindikaci proti o kování (typ/druh).....
- d) je alergické na.....
- e) dlouhodob užívá léky (typ/druh, dávka).....
- f) zvláštní upozorn ní:.....

Poznámka:

\*) nehodící se škrtn te

\*\*) Bylo-li zjišt no, že posuzované dít je zdravotn zp sobilé s omezením, uveďte se omezení podmí ující zdravotní zp sobilost k ú asti na p ím stském tábo e

### 4. Pou ení

Proti bodu 3. ásti A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona . 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, ve zn ní pozd jších p edpis , podat návrh na jeho p ezkoumání do 10 pracovních dn ode dne jeho prokazatelného p edání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na p ezkoumání léka ského posudku nemá odkladný ú inek, jestliže z jeho záv ru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro ú el, pro n jž byla posuzována, zdravotn nezp sobilá nebo zdravotn zp sobilá s podmínkou

### 5. Oprávn ná osoba

Jméno, p ípadn jména, a p íjmení oprávn né osoby:

Vztah k posuzovanému dít ti (zákonný zástupce, opatrovník, p stoun pop. další p íbuzná dít te):

**Oprávn ná osoba p evzala posudek do vlastních rukou dne:**

**podpis oprávn né osoby**

Datum vydání posudku:

Jméno, p íjmení a podpis léka e  
razítko poskytovatele zdravotních služeb