

Posudek

o zdravotní způsobilosti dítěte



TUČKOPÓLO, z.s.
sídlo: Amforová 1891/32, 155 00, Praha 13 – Stodůlky
kontaktní adresa: Slunečná 666, 252 28, Černošice
telefon: +420 721 875 211
e-mail: tuckopolo@atlas.cz
www.tuckopolo.cz

Evidenční číslo posudku:

Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: **zapsaný spolek TUČKOPÓLO**

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: **Amforová 1891/32, 155 00, Praha 13 – Stodůlky IČO 22679642**

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

Účel vydání posudku

Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

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

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na letním dětském táboře.

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):

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.

Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

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

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku

Jméno, příjmení a podpis lékaře; razítko poskytovatele zdravotních služeb