



**Dětský Tábor Hryzely z.s.**  
Masarykovo náměstí 38, P.O.BOX 2, 289 11 Pečky  
IČO: 22851755  
tel. 774614021, 773532696  
tabor-hryzely@tabor-hryzely.cz  
www.tabor-hryzely.cz

## **Potvrzení zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na letním táboře**

Evidenční číslo posudku:.....

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávající posudek:.....

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:.....

IČO:.....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

Účel vydání posudku:.....

### **Část A)**

Posuzované dítě k účasti na letním táboře:

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

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

### **Část B)**

Potvrzuji, 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) .....

.....



**Dětský Tábor Hryzely z.s.**  
Masarykovo náměstí 38, P.O.BOX 2, 289 11 Pečky  
IČO: 22851755  
tel. 774614021, 773532696  
tabor-hryzely@tabor-hryzely.cz  
www.tabor-hryzely.cz

## Poučení

Proti části 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 zdravotnických 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:.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:.....

.....

Podpis oprávněné osoby

Jméno dětského lékaře: .....

Telefonní kontakt lékaře: .....

Datum vydání posudku: .....



podpis a razítko lékaře

\*) nehodící se škrtněte