**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA CYKLISTICKÉM CAMPU**

1. Identifikační údaje Evidenční číslo posudku:

+--------------------------------------------------------------------------------------+

| Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: |

| |

| Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: |

| |

| IČO: |

| |

| Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte: |

| |

| Datum narození posuzovaného dítěte: |

| |

| Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky |

| posuzovaného dítěte: |

+--------------------------------------------------------------------------------------+

2. Účel vydání posudku

+--------------------------------------------------------------------------------------+

| Potvrzení zdravotního stavu dítěte absolvovat cyklistický camp

+--------------------------------------------------------------------------------------+

3. Posudkový závěr:

+--------------------------------------------------------------------------------------+

| A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci **BIKE JAM Aš 2017** | a) je zdravotně způsobilé\*) |

| b) není zdravotně způsobilé\*) |

| c) je zdravotně způsobilé s omezením\*) \*\*) ....................... |

| |

| 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): |

| |

| Poznámka: |

| \*) Nehodící se škrtněte. |

| \*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uvede |

| se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci |

| a škole v přírodě. |

+--------------------------------------------------------------------------------------+

4. 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. |

+--------------------------------------------------------------------------------------+

5. Oprávněná osoba

+--------------------------------------------------------------------------------------+

| Jméno, popřípadě jména, 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.