

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE  
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI (DĚTSKÉM TÁBOŘE)**

**Evidenční číslo posudku:**

**1. Identifikační údaje**

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**

\_\_\_\_\_

**3. 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\*) \*\*) .....

**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, uveďte 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.**

## Prohlášení zákonného zástupce dítěte ze dne, kdy dítě odjíždí na dětský tábor

Já (jméno, příjmení) \_\_\_\_\_ bytem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ čestně prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil-mému dítěti

jméno, příjmení \_\_\_\_\_ bytem \_\_\_\_\_

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. teplota, průjem) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu atd.

Ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Ve 14 dnech před odjezdem nepobývalo dítě v zahraničí, v případě, že ano, tak

kde:.....

**Dítě je ze zdravotního hlediska způsobilé zúčastnit se tanečního soustředění a tréninků se zvýšenou fyzickou zátěží.**

Dítě je schopno zúčastnit se soustředění **od 26. 8. do 31. 8. 2024.**

Jsem si vědom právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
jméno a podpis zákonného zástupce  
(prohlášení musí být podepsáno ke dni odjezdu dítěte na soustředění)

### ÚŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Dítě užívá pravidelně léky:                    **ANO**                    **NE**

Pokud ano, napište, jaké léky dítě užívá a doplňte dávkování.

Název léku:

DÁVKOVÁNÍ:

.....

.....

.....

.....