

## POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo potvrzení:

### 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího potvrzení:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

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

### 2. Účel vydání potvrzení

### 3. Závěr potvrzení

A) Dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé\*)

b) není zdravotně způsobilé\*)

c) je zdravotně způsobilí s omezením\*)\*\*)

B) 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 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 potvrzení 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 provozovatelem zdravotních služeb, který potvrzení vydal. Návrh na přezkoumání lékařského potvrzení 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 dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala potvrzení do vlastních rukou dne:

.....  
Podpis oprávněné osoby

.....  
Datum vydání potvrzení

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře)  
razítko poskytovatele zdravotních služeb