**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ADAPTAČNÍM/ZIMNÍM KURZU**

|  |
| --- |
| **Evidenční číslo posudku:** |

**1. Identifikační údaje**

|  |
| --- |
| **Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:**  **Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:**  **IČ:**  **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**   1. je zdravotně způsobilé \*) 2. není zdravotně způsobilé \*) 3. je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*) …………………………………………………………………..   **B) Posuzované dítě**   1. se podrobilo pravidelným očkováním: ANO - NE 2. je proti nákaze imunní (typ/druh): 3. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): 4. **je alergické na:** 5. 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 účal, 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**

**Závazné prohlášení**

(rodičů, zákonných zástupců dítěte nebo osoby činné při zotavovací akci)

Závazně prohlašuji, že: ………………………………………………(syn, dcera, osoba činná při zotavovací akci)

* nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), a
* ve 14 kalendářních dnech před odjezdem do školy v přírodě nepřišel(a) do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu (mi) není nařízeno karanténní opatření.

Dále informuji o těchto skutečnostech:

* výše uvedený žák, žákyně užívá tyto pravidelné léky (uvádím dávkování a dobu užívání, léky předám příslušnému pověřenému pedagogickému pracovníkovi nebo zdravotníkovi a léky budou označeny jménem a příjmením mého dítěte
* ……………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………..
* …………………………………………………………………………………………..
* dále upozorňuji na možné indispozice např. alergie apod.
* ………………………………………………………………………………………….
* …………………………………………………………………………………………..
* pokud není vyplněna výše uvedená část prohlašuji, že žák, žákyně neužívá žádné léky

Prohlašuji, že výše uvedený žák, žákyně nemá u sebe žádné léky a tímto prohlášením vyjadřuji svoji odpovědnost k možnému zneužití léků jinými žáky (nedbalost, zneužití, nevhodné žerty apod.). Případné potřebné léky předám způsobem popsaným výše. **Prohlášení nesmí být starší více než 1 den.**

V ………………..dne 4. 9. 2017 ……………………………………………..

podpis zákonného zástupce

**POUČENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O PRAVIDELECH BEZPEČNOSTI NA ADAPTAČNÍM KURZU 2017**

Dále prohlašuji, že jsem byl seznámen/a s pravidly pro zajištění bezpečnosti v průběhu kurzu. (Umístěna také na www.gymnaslo.cz)

Jméno zákonného zástupce……………………………… …………………………………….

podpis zákonného zástupce