**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na akci DUFA**

1. **Identifikační údaje**

Jméno a příjmení dítěte .................................................................................................................................

Datum narození..............................................................................................................................................

Adresa místa trvalého bydliště ..................................................................................................................

**Identifikační údaje poskytovatele, jehož jménem posuzující lékař lékařský posudek vydal:**

Název:……………………………………………………………………………………………………………………

IČO:………………………………………………………………………………………………………………………

Adresa:……………………………………………………………………………………………………………………

1. **Účel vydání posudku** - účast na letním dětském pobytovém táboru DUFA..
2. **Posudkový závěr:**

**Část A Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci (DT)**

 a) je zdravotně způsobilé \*)

 b) není zdravotně způsobilé \*)

 c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

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

 .............................................................................................................................................................

**Část B Potvrzení o tom, že dítě**

 a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE

 b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

*(případně nevyplňujte)* ......................................................................................................

 c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

*(případně nevyplňujte)* ......................................................................................

 d) je alergické na

*(případně nevyplňujte)* ...................... ..................................................................................................

 e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

*(případně nevyplňujte)*..........................................................................................................

 f) jiné onemocnění……………………………………………………………………………………………….

1. **Poučení**

Proti bodu 3. část A) tohoto posudku lze podle par. 46 odst.1 zákona č. 373/2011Sb., 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 nejž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

1. **Oprávněná osoba přebírající posudek**

Jméno popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby

……………………………………………………………………………………………………………………

Vztah k posuzovanému dítěti( zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popřípadě další příbuzný

……………………………………………………………………………………………………………………

Datum vydání posudku ........................................ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis, jmenovka lékaře

 razítko zdravotnického zařízení