**Příloha č. 1 - Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na škole v přírodě / zotavovací akci (Lékařské potvrzení)**

**Příjmení a jméno dítěte: ………...……..….…..........................................................................................**

**Třída: ......................................**

**Datum narození posuzovaného dítěte: ....................................................................….......................**

**Bydliště dítěte: .................................................................................................................................**

Účel vydání posudku: ................................................................................................................................

V souladu se zákonem o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. a vyhláškou č. 106/2001 Sb. uvádím následující skutečnosti o posuzovaném dítěti:

1. dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO NE

2. dítě je proti nákaze imunní (typ): ......................................................................................................

3. dítě má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ): …..……............…..........................................…....

4. dítě je alergické na: ...........................………………….………..…..……………….…………………….…...................

5. dítě dlouhodobě užívá léky (druh, dávka): ....................................................…………….……………………

6. dítě má zdravotní omezení (trpí nemocí): ......................…….……….....................................................

Potvrzuji, že mám k dispozici zdravotní dokumentaci dítěte a je mi znám jeho zdravotní stav. Na základě provedené prohlídky potvrzuji, že je výše uvedené dítě ze zdravotního hlediska způsobilé zúčastnit se školy v přírodě / zotavovací akce

a) a nevyžaduje žádnou zvláštní zdravotní péči.

b) s tímto omezením .........................................................................................................................

Jméno a příjmení zákonného zástupce (příbuzného) ….....................................................................

Příbuzenský vztah k posuzovanému dítěti: .......................................................................................

Oprávněná osoba (zák.zást.) převzala posudek dne: .........................................................................

Podpis oprávněné osoby (zák.zást. popř. jiného příbuzného):.. ........................................................

Jméno a příjmení (případně telefon) praktického lékaře pro děti a dorost, který dítě registruje:

……………...…………........................................................................................................................……..

Adresa sídla poskytovatele: ............................................................ IČO: ..........................................

Datum a místo vydání posudku: .......................... …………………….……………………………..

 Podpis praktického lékaře a razítko

 poskytovatele zdravotních služeb