

**POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE  
K ÚČASTI NA LETNÍM TÁBOŘE  
!!! VYPLNÍ LÉKAŘ !!!**

podle vyhlášky č. 106/2001 Sb.

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte .....

datum narození dítěte ..... rodné číslo .....

adresa bydliště .....

**Část A)**

Posuzování dítěte k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé \*
- b) není zdravotně způsobilé \*
- c) je zdravotně způsobilé za podmínek - s omezením \*
- d) je zdravotně způsobilé za podmínek - zvýšená péče, dohled nebo dozor \*

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

**Část B)**

Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh) .....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typu/druh) .....
- d) je alergické na** .....
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka** .....

.....  
datum vydání posudku

.....  
podpis jmenovka  
(podle možností tel. číslo)  
razítko zdrav. zařízení

**Poučení:** Proti části A) tohoto posudku je možné podat podle ustanovení § 77 ods. 2 zákona č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jejich přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jejich obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotního zařízení (popřípadě lékaři provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudky vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popřípadě lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby, která převzala posudek do vlastních rukou  
dne:.....

Vztah k dítěti .....

.....  
podpis oprávněné osoby

\*) Nehodící se škrtněte

## Prohlášení rodičů (zákoných zástupců) dítěte - zdravotní

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti \_\_\_\_\_  
nar. \_\_\_\_\_ bytem \_\_\_\_\_

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění a lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsem si vědom/a/ právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení

bylo nepravdivé. Dítě je schopno účastnit se letního tábora v termínu: \_\_\_\_\_

**Zde nalepte kopii karty zdravotní pojišťovny dítěte**

Dne: \_\_\_\_\_ (NE starší 2 dnů !)

\_\_\_\_\_  
podpis rodičů (zákoných zástupců)

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Telefonní číslo rodičů (zákoných zástupců): \_\_\_\_\_

Dítě je:

PLAVEC

NEPLAVEC

Prohlašujeme, že v den nástupu nemá dítě pedikulózu (vši).

\_\_\_\_\_  
podpis rodičů (zákoných zástupců)