

Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na LVK

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte

datum narození.....

adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

Část A) Posuzované dítě k účasti na LVK

je zdravotně způsobilé *)

není zdravotně způsobilé *)

je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

*)

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

se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE

je proti nákaze imunní (typ/druh)

má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

je alergické na

dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

datum vydání posudku

podpis, jmenovka lékaře

razítko zdrav, zařízení

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

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

podpis oprávněné osoby

TEL./FAX: 495 405 045-6

E-MAIL: milan.kucera@zssever.cz