

**POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE  
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI**  
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

\*) „Zakroužkujte volbu a nehodící se škrtněte.“