



## Posudek zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do zájmového útvaru Miniškolka Cvrčci

1. Jméno, popř. jména, a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště v ČR:

2. Údaje o dítěti: (zvláštnosti a důležité informace)

### 3. Posudkový závěr

A. Posuzované dítě k účasti v kolektivu předškolních dětí

- je zdravotně způsobilé \*)
- není zdravotně způsobilé \*)
- je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*)

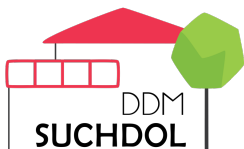
B. Posuzované dítě

- 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):

Poznámka:

\*) Nehodící se škrtněte.

\*\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti v ZÚ.



## Dům dětí a mládeže Praha 6 – Suchdol

Rohová 540/4, 165 00 Praha - Suchdol

Tel. +420 220 921 776

Datová schránka: qyapdq [info@ddmsuchdol.cz](mailto:info@ddmsuchdol.cz) [www.ddmsuchdol.cz](http://www.ddmsuchdol.cz)



C. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

- a. zdravotní
- b. tělesné
- c. smyslové

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

#### 4. Poučení

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., 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 nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

#### 5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákon. zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

\_\_\_\_\_  
*Podpis oprávněné osoby*

\_\_\_\_\_  
*Datum vydání posudku*

\_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb*

Posudek vydává praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje.