ZÁKLADNÍ ŠKOLA NOVÉ MĚSTO NAD METUJÍ,
Komenského 15

TEL. 491 474 264 E-mail: zskom@zskom.cz FAX 491 470 544
www.zskom.cz

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA

Adaptační kurz, školní akce, lyžařský kurz, sportovně-turistický kurz, sportovní aktivity

Jméno:……...
Příjmení:……....
Datum narození:……....
Adresa trvalého pobytu:……

Část A) Posuzovaný žák je k účasti na výše vyjmenovaných aktivitách
a) je zdravotně způsobilý *)
b) není zdravotně způsobilý *)
c) je zdravotně způsobilý 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 posuzovaný žák
a) se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ANO/NE *)
b) je proti nákaze imunní (typ/druh): ……..
c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): ……....
d) je alergický na: ……....
e) dlouhodobě užívá léky: ……..

*)nehodící se škrtněte

V ……. Dne …….. ……
jméno a podpis lékaře
razítko zdravotnického 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 a příjmení oprávněné osoby: ……...
Vztah k žákovi: …….
Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: …….
Podpis oprávněné osoby: ……....