



28. základní škola Plzeň, Rodinná 39, příspěvková organizace

312 00 Plzeň, IČO: 70880026

tel.: 378028888, fax: 378028860, e-mail: skola@zs28.plzen-edu.cz, www.zs28plzen.cz

POSUDEK ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA K ÚČASTI NA AKCÍCH ŠKOLY

1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: _____

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: _____

IČO: _____

Příjmení, jméno posuzovaného žáka: _____

Datum narození posuzovaného žáka: _____

Adresa trvalého pobytu (místo, ulice, číslo popisné, PSČ) posuzovaného žáka: _____

2. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU

- ☐ plavecký výcvik
- ☐ zotavovací akce
- ☐ lyžařský výcvikový kurz
- ☐ škola v přírodě

3. POSUDKOVÝ ZÁVĚR

Posuzovaný žák k účasti na výše uvedené akci

- a) je zdravotně způsobilý
- b) není zdravotně způsobilý
- c) je zdravotně způsobilý s omezením (uveďte omezení): _____

d) podrobil se stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE

e) je proti nákaze imunní (typ/druh): _____

d) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): _____

e) je alergické na: _____

f) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): _____

4. POUČENÍ

Proti bodu 3 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

Příjmení, jméno oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému žákovi:

- ☐ zákonný zástupce
- ☐ opatrovník
- ☐ pěstoun
- ☐ další příbuzný žáka: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby: _____

Datum vydání posudku

Příjmení, jméno a podpis lékaře
Razítko poskytovatele zdravotních služeb