**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě**

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum narození **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Část A**

Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

 a) je zdravotně způsobilé \*)

 b) není zdravotně způsobilé \*)

 c) 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**

Potvrzuji, že posuzované dítě

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (ANO - NE) \*)

 b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

………………………………………..........…………..…...........................................

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

………………………....………..….....................................................................

d) je alergické na

……………………………………………………………………………...............................

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

……………………………………………................................................................

datum vydání posudku jméno a podpis lékaře razítko zdravotnického zařízení

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) Nehodící se škrtněte.

**DOBROVOLNÉ INFORMACE:**

(Prosím o vyplnění těchto údajů, hlavně případě, pokud vaše dítě trpí alergiemi nebo užívá pravidelně léky. Jde nám, o co největší zajištění bezpečí vašeho dítěte na táboře. Všechny zde uvedené informace jsou důvěrné a bude s nimi nakládat jen zdravotník a v nezbytném rozsahu členové vedení tábora.)

**- Zdravotní pojišťovna**:…………………………………………………….....................................

**- Alergie:**

Na jakou látku:………………………………………………………………..…....................................

Jaká je reakce:…………………………………………………………..……….....................................

Jak řešit akutní případ:……………………………………………….……….................................... …………………………………………………………………………...………...........................................

**- Užívání léků:**

 Co:…………………………………………………………………………...…….......................................

Jak často:…………..……………………………………………….....................……...…...............…... Kolik:………………………………………………………………………............................…............… ..

-Vyplývající omezení a vedlejší účinky užívání léků:……………………............................ ....................………………………………………………………………………………...…......................

-Zlomenina nebo závažný úraz v posledních 6-ti měsících: ……………………………………………………………………………...…......................................….....

- Srdeční choroby a nálezy:…………………………………………..................…..............……....

- Sklon k chronickým onemocněním:………………………………............................….……...

 - Psychické obtíže a závažné neurózy:…………………………....................……..….......…...

 - Prodělané operace a jiná zdravotní a fyzická omezení:…………….....................…….. ..……………………………………………………............................………………………...……..............

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé,úplné a obsahují všechny důležité skutečnosti ohledně zdravotního a fyzického stavu posuzovaného dítěte.

V………………………………… dne ……………………………........................................................

 celé jméno a podpis ………………................................................………........…..............