

# POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

dle 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 **24 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

.....  
razítko zdravotnického zařízení

.....  
podpis jmenovka  
(telefonní číslo)

**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

\*) „Nehodící se škrtnete.“

**Toto potvrzení vyplní pediatr a rodič jej zašle nejpozději do 31. 5. 2024 na emailovou adresu [taborpist@gmail.com](mailto:taborpist@gmail.com) s názvem Prijmeni Jmeno.pdf**