# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA

## k účasti na zotavovacích, sportovních a tělovýchovných akcích a pro výuku tělesné výchovy

Posudek je vystavován na žádost zákonného zástupce žáka/žákyně z důvodu jeho/její účasti na zotavovacích, sportovních a tělovýchovných akcích a pro výuku tělesné výchovy v souladu s § 9 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů a v souladu s § 21 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

1. **Žák/žákyně:**

Příjmení, jméno: _____

Rodné číslo: _____

Třída: _____

Zdravotní pojišťovna: _____ Kód ZP: _____

Místo trvalého pobytu: _____

_____

2. **Zákonný zástupce dítěte:**

Příjmení, jméno, titul: _____

Telefon: _____

Místo trvalého pobytu: _____

_____

*Část A. - Vyplní registrující praktický lékař pro děti a dorost*

**Posouzení žáka/yně k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci**

a) je zdravotně způsobilý/á*

b) není zdravotně způsobilý/á *

c) je zdravotně způsobilý/á za podmínky /s omezením/ *

_____

** nehodící se škrtněte*

*Část B. - Vyplní registrující praktický lékař pro děti a dorost*

**Potvrzení o tom, že žák/yně**

a) se podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE *

b) je proti nákaze imunní (typ/druh) _____

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

d) je alergický/á na _____

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

** nehodící se škrtněte*

*Část C. - Vyplní registrující praktický lékař pro děti a dorost*

**Potvrzení o možnosti účasti při sportovních a tělovýchovných aktivitách žák/yně**

a) školní tělesná výchova ANO – NE *
b) plavecký výcvik ANO – NE *
c) lyžařský a snowboardový výcvik ANO – NE *
d) cyklistický výcvik ANO – NE *
e) bruslařský výcvik ANO – NE *
f) pobyt ve stanovém táboře ANO – NE *
g) sportovní reprezentace školy ANO – NE * ve sportech:

_____

** nehodící se škrtněte*

V _____ dne _____ _____

jméno a příjmení lékaře a podpis
razítko zdrav. zařízení

*Převzal:*

V _____ dne _____ _____

podpis zákonného zástupce

## Prohlášení zákonného zástupce

Výše uvedené údaje jsou pravdivé. Při změně zdravotního stavu našeho dítěte požádáme o vystavení nového posudku o zdravotní způsobilosti dítěte. Tuto skutečnost oznámíme bezodkladně vedení školy nebo třídnímu učiteli.

V _____ dne _____ _____

podpis zákonného zástupce

### 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 je jako odvolání odvolacímu orgánu.

### Poznámka

**Kopie** posudku bude uložena ve školní matrice ZŠ Bítovská jako doklad zdravotní způsobilosti pro účast žáka/žákyně na akcích pořádaných školou a ve výuce tělesné výchovy. Na zotavovacích akcích a výcvikových kurzech budou údaje obsažené v posudku sloužit příslušnému zdravotníkovi akce. Posudek je platný **24 měsíců** od data jeho vydání, pokud v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Místo pro fotokopii průkazu zdravotního pojištění