

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA K POBYTU V DOMOVĚ MLÁDEŽE SOA NÁCHOD

Evidenční číslo posudku: _____

1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení posuzovaného žáka: _____

Datum narození: _____

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu: _____

2. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU

3. POSUDKOVÝ ZÁVĚR

A) Posuzovaný žák

a) je zdravotně způsobilý

b) není zdravotně způsobilý

c) je zdravotně způsobilý s omezením *) **).....

B) 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 (typ/druh, dávka):.....

Poznámka:

*) nehodící se škrtněte

**) bylo-li zjištěno, že posuzovaný žák je zdravotně způsobilý s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost.

4. POUČENÍ

Proti bodu 3. části A) 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.

Posudek je platný po dobu školního roku 2020/21 od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Oprávněná osoba převzala posudek dne _____

Podpis oprávněné osoby