



# GHOSTBUSTERS<sup>sp</sup>

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA LDT

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

### ČÁST A

Posuzované dítě k účasti na LDT:

- je zdravotně způsobilé \*)
- není zdravotně způsobilé \*)
- 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

Potvrzení o tom, že dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním  ANO  NE
- je proti nákaze imunní (typ/druh) \_\_\_\_\_
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ / druh) \_\_\_\_\_
- je alergické na \_\_\_\_\_
- dlouhodobě užívá léky (typ / druh, dávka) \_\_\_\_\_

Datum vydání posudku: \_\_\_\_\_

Podpis, jmenovka lékaře  
Razítko zdrav. zařízení

\*)nehodící se škrtněte



# GHOSTBUSTERS<sup>SP</sup>

## POUČENÍ:

Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77odst. 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 dozvěděli 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 jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby: \_\_\_\_\_

Vztah k dítěti: \_\_\_\_\_

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis oprávněné osoby

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne  
(stvrzuje se příloženou „doručenkou“)

---

### **Telefonní a písemné spojení na rodiče nebo zákonné zástupce po dobu pobytu dítěte na LDT GHOSTBUSTERS<sup>SP</sup>**

1. Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa (pokud je jiná než adresa bydliště dítěte): \_\_\_\_\_

Telefon domů \_\_\_\_\_

Telefon do zaměstnání \_\_\_\_\_

2. Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa (pokud je jiná než adresa bydliště dítěte): \_\_\_\_\_

Telefon domů \_\_\_\_\_

Telefon do zaměstnání \_\_\_\_\_

---

U svého dítěte upozorňuji na:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dítě plave: **dobře** **obstojně** **udrží se na vodě** **neplavec \*)**

\*)nehodící se škrtněte