

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ¹

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek; adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele; IČO:	
Jméno, příjmení dítěte	
Datum narození dítěte	
Část A: ² zdravotní stav dítěte pro pobyt v kolektivu dětské skupině	a) je zdravotně způsobilé b) není zdravotně způsobilé c) je zdravotně způsobilé s omezením:
Část B: posuzované dítě	se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE ³
	je proti nákaze imunní (typ/druh):
	má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
	je alergické na:
	trvale užívá léky

.....
datum vydání potvrzení

.....
podpis a razítko lékaře

Posudek převzala oprávněná osoba (jméno, příjmení, vztah k dítěti):

V

dne:

.....
podpis

¹ Požadováno pro potřeby Dětské skupiny MO v posádce Čáslav, 285 76 Chotusice v souladu s §11 odst. 1 písm. h) a i) zákona č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině a o změně souvisejících zákonů.

² Proti části A) tohoto posudku je možno, podle ustanovení § 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 zdravotnických služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro který byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

³ Nehodící se škrtněte