

Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti jako dozor na zotavovací akci

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek, adresa sídla poskytovatele, IČO:

.....

Jméno a příjmení posuzovaného

Datum narození

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

Posuzovaný je zdravotně způsobilý/á jako osoba činná při různých akcích pro děti a mládež, jako dobrovolný pracovník pro práci s dětmi a mládeží na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilý jako dozor na ZA
- b) není zdravotně způsobilý jako dozor na ZA
- c) je zdravotně způsobilý jako dozor za podmínky (s omezením) */ **

.....

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Poznámka: * Nehodící se škrtněte ** Bylo-li zjištěno, že posuzovaný je zdravotně způsobilý s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

Datum vydání posudku:

.....
podpis, jmenovka lékaře
razítko zdrav. zařízení

Podle ustanovení §5 zákona č. 198/2002 Sb. o dobrovolné službě a podle ustanovení §§10 a 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, podle kterých:

"Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé."

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....
podpis oprávněné osoby

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