



**ZŠ Klatovy, Plánická ul. 194**  
www.zsklatovyplanicka.cz  
tel. 376 347 650

## LÉKAŘSKÝ POSUDEK – ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST

**Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:**

**Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:**

**IČO:**

---

**Jméno posuzované osoby:**

**Datum narození:**

**Adresa trvalého pobytu, popřípadě místo pobytu na území ČR (jde-li o cizince):**

**Účel (důvod) vydání posudku:**

Účast na lyžařském kurzu ZŠ, účast na sportovních a turistických kurzech, cyklovýlet.

---

**Posudkový závěr:**

**Posuzovaná osoba**

- a) je zdravotně způsobilá
- b) není zdravotně způsobilá
- c) je zdravotně způsobilá s omezením<sup>\*)</sup>,<sup>\*\*)</sup>.

**Poučení:** Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zák. 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 omezením.

.....  
**Datum vydání lékařského posudku**

.....  
pak jiný praktický lékař)

.....  
**Jméno, příjmení a podpis lékaře,  
razítko poskytovatele zdravotních služeb**

(registrující praktický lékař v oboru všeobecné praktické lékařství nebo není-li,

**Poznámka:**

\*) Bylo-li zjištěno, že posuzovaná osoba je zdravotně způsobilá s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k výkonu povolání.

\*\*) Datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěné zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost.

\*\*\*) Nehodící se škrtněte.

---

**Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou:**

dne .....

.....  
podpis posuzované osoby