**Orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka w sprawie kwalifikacji dziecka na wypoczynek zbiorowy / zieloną szkołę**

Imię, ewentualnie imiona, i nazwisko badanego dziecka ………………………………………………………………….....

Data urodzenia …………………………………………………………………………………………………………………………………...

Adres stałego miejsca zamieszkania lub innego miejsca zamieszkania …………………………………................ ……………………………………………………………………….................................................................................………

Część A) Dziecko badane w sprawie kwalifikacji na wypoczynek zbiorowy

1. pod względem zdrowotnym kwalifikuje się \*)
2. pod względem zdrowotnym nie kwalifikuje się \*)
3. pod względem zdrowotnym kwalifikuje się warunkowo (ograniczenie)

\*) ..………………………………….

Orzeczenie lekarskie jest ważne przez 2 lata od daty wydania, chyba że w podanym okresie nastąpiła zmiana w kondycji zdrowotnej.

Część B) Zaświadcza się, że dziecko

1. zostało poddane obowiązkowym szczepieniom ochronnym TAK - NIE
2. jest odporne na zakażenie (rodzaj/gatunek) *…………………………………………………….............*
3. ma stałe przeciwwskazania przeciwko szczepieniu (rodzaj/gatunek) *……………………....…..*
4. ma uczulenie na *………………………………………………………………………………..........................….*
5. długookresowo zażywa leki (rodzaj/gatunek, dawkowanie) *………………………………………….*

Data wydania orzeczenia

 ………………………………………………………….

 podpis, identyfikator lekarza

 pieczątka placówki opieki zdrowotnej

**Pouczenie:**

W myśl art. 46 ust. 1 ustawy nr 373/2011 Dz.U., w sprawie szczególnych usług zdrowotnych, z późniejszymi zmianami, od punktu 3 części A) niniejszego orzeczenia przysługuje złożenie wniosku w sprawie zbadania owego orzeczenia, a mianowicie w terminie 10 dni od dnia udokumentowanego przekazania orzeczenia przez podmiot świadczący usługę zdrowotną, który orzeczenie owe wydał. Wniosek o zbadanie orzeczenia lekarskiego nie ma skutku zawieszającego, jeżeli wynika z niego, że osoba badana w sprawie, której orzeczenie dotyczy, pod względem zdrowotnym nie kwalifikuje się lub kwalifikuje się warunkowo.

Imię, ewentualnie imiona, i nazwisko osoby upoważnionej …………………………………………………………………

Stosunek do dziecka ………………………………………………………………

Osoba upoważniona odebrała orzeczenie lekarskie do rąk własnych dnia ……………………………

 …………………………………………………….

 Podpis osoby upoważnionej

Orzeczenie lekarskie doręczono osobie upoważnionej do rąk własnych dnia ………………………………………

(udokumentować załączonym „potwierdzeniem odbioru”)

\*) Niepotrzebne skreślić.