

**Lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte, které má společně se svou matkou využívat sociální službu v Charitním domově sv. Dominika Savia pro matky s dětmi v Prachaticích (dále CHD)**

**Zájemkyně o poskytnutí pobytové sociální služby je povinna dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o soc. službách, před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby předložit lékařské potvrzení od praktického lékaře o své zdravotní způsobilosti. Toto potvrzení je povinna předložit taktéž od dětského lékaře svých dětí, které společně s ní budou tuto pobytovou sociální službu využívat.**

**Poskytnutí pobytové sociální služby v CHD se vylučuje (dle § 36 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.), jestliže:**

1. Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.
2. Osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.
3. Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Jméno a příjmení dítěte:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Datum narození dítěte:</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Vyjádření lékaře:</b>        | <p><b>V případě infekční nemoci možnost přenosu:</b></p> <p>Na základě zjištěného zdravotního stavu <b>je schopno / není schopno</b> výše jmenované dítě využívat pobytovou sociální službu v Charitním domově sv. Dominika Savia pro matky s dětmi (nehodící se škrtněte).</p> <p>V ..... dne .....</p> <p>Razítko a podpis lékaře: .....</p> |