

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTETE

(lze i jiný formulář, ale musí splňovat obsahové náležitosti dle přílohy č. 3 vyhlášky č. 106/2001 Sb.)

Jméno: **Příjmení:** **Datum narození:** **Pojišťovna**

Adresa místa trvalého bydliště:

Zdravotní stav dítěte (nemoci, alergie, jiná omezení...): _____

Pravidelně užívané léky: _____

Dítě nesmí vykonávat tyto činnosti: _____

Dítě je řádně očkováno.

Datum vystavení potvrzení: _____

Razítko a podpis lékaře

Lékařské potvrzení je platné 24 měsíců od data vydání, pokud v této době nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

POTVRZENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ A PLNÁ MOC - BEZINFEKČNOST

Jméno dítěte: **Příjmení dítěte:** **Datum narození, Adresa:**

Prohlašuji, že dítě nejví známky akutního onemocnění, ani příznaky infekce COV-19 (průjem, teplota apod.) a hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních **dvou týdnech** přišlo mé dítě do styku s osobami, které onemocněly infekční nemocí (týká se i vši). Prohlašuji, že dítě nemá vši ani hnidy. V případě nalezení hnid nebo vši, bude dítě posláno domů k důkladnému odstranění, resp. nebude na tábor ani přijato. V posledních 14 dnech před zahájením tábora nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti (alergie, jiná zdravot. omezení):

Užívané léky a dávkování: _____

Při jízdě autobusem bere Kinedryl*: ANO / NE Dítě je plavec*: ANO / NE

Souhlasím, aby mé dítě bylo po dobu pobytu na táboře v případě akutního onemocnění či úrazu bez mé přítomnosti: odvezeno osobním automobilem či jiným vhodným dopravním prostředkem (např. bus, vlak) k lékaři za účelem ošetření a zpět do tábora, hospitalizováno a propuštěno z hospitalizace, testováno na Covid 19 pouze se souhlasem odpovědného výchovného pracovníka tábora. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Kontakt na zákonného zástupce během konání tábora (tel.):

V _____ Dne _____
Datum odjezdu na tábor.

Podpis zákonného zástupce

Toto prohlášení nesmí být starší než 24 hodin!
**nehodící se škrtněte*

Jméno a příjmení zákonného zástupce