

ZDRAVOTNÍ LIST ÚČASTNÍKA TÁBORA

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa místa trvalého pobytu:

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI DÍTĚTE

(Prohlášení zákonného zástupce dítěte ze dne, kdy dítě odjíždí na dětský tábor)

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. teplota, průjem) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech moje dítě přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se dětského tábora od _____ do _____.

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

Dále prohlašuji, že dítě není po úraze ani mu nebyla nařízena poúrazová léčba.

Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti:

Alergie:

Astma:

Epilepsie:

Cukrovka:

Únik moči:

Psychické problémy:

Náchylnost na nevolnost:

Bolest hlavy:

Krvácení z nosu:

Alergie na potraviny:

Dieta:

Jiné/důležité informace:

Dítě je **PLAVEC** / **NEPLAVEC** (Nehodící se škrtněte.)

SOUHLAS S OŠETŘENÍM

Souhlasím, aby mé dítě po dobu pobytu na táboře bylo v případě akutního onemocnění či úrazu, které nevyžaduje ošetření lékařem, ošetřeno zdravotníkem, souhlasím s podáním volně prodejných léků s ohledem na alergie a nesnášenlivosti dítěte. Dále souhlasím, aby při přísátí klíštěte mohlo být toto odstraněno zdravotníkem, který se řídí doporučením ZZS. Souhlasím také, aby dítě mohlo být v případě akutního onemocnění nebo úrazu lékařsky ošetřeno bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu tábora. Souhlasím, že dítě bude na ošetření dopraveno autem, které bude řídit oprávněný vedoucí nebo zdravotník. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informována.

* V případě nesouhlasu s podáním volně prodejných léků nebo s vyjmutím klíštěte bude rodičům po ukončení tábora fakturováno cestovné, zaplacení regulačního poplatku a případné další náklady související s ošetřením nebo cestou dítěte k lékaři.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Kontakt na zákonného zástupce během tábora:

V _____ Dne _____

Uvedte datum odjezdu na tábor

Podpis zákonného zástupce

Toto potvrzení vydá každé dítě při nástupu na tábor vedoucímu či zdravotníkovi u ubytování.

BEZ TOHOTO POTVRZENÍ NENÍ MOŽNÝ NÁSTUP NA POBYT!