

Prohlášení zákonných zástupců dítěte

Příjmení a jméno dítěte:.....

Datum narození:

1. Bezinfekčnost

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti:

- a) změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel apod.) a ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou infekční nemocí nebo podezřelými z nákazy infekčními chorobami.
- b) nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.
- c) ve 14 dnech před odjezdem 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.

Dítě je schopno zúčastnit se tábora od : do.....

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

V_____

Dne:_____

(nesmí být starší jednoho dne)

Podpis:_____

čitelný podpis rodičů

Příjmení a jméno dítěte:.....

2. Užívání osobních léků

V případě, že Vaše dítě užívá léky, vyplňte prosím tabulku níže:
(Pokud Vaše dítě NEUŽÍVÁ žádné léky, tabulku proškrtněte)

Název léku (Xyzal, Inhalátor...)	Množství (1 tableta, 1 vdech...)	Jak často (ráno, při obtížích...)	Způsob (Před jídlem, nezapíjet...)	Poznámky

!!!Nedávejte prosím dítěti léky „běžné potřeby“, nebo je odevzdejte při předání dítěte!!!
(Paralen, Ibalgin, vitamíny, apod.)

Podpis: _____
čitelný podpis rodičů

3. Stravování a stravovací obtíže

(např. alergie na nějaké jídlo nebo jeho složky, intolerance, ...)

.....
.....
.....
.....
.....

4. Zdravotní omezení

(např. astma, úrazy nebo onemocnění omezující pohyblivost, ...)

.....
.....
.....
.....
.....

Příjmení a jméno dítěte:.....

5. Očkování

Tetanus Ano Ne rok očkování:

Spalničky Ano Ne rok očkování:

(Zakroužkujte)

6. Souhlas rodičů s podáním léků

Souhlasím s tím, aby zdravotník letního tábora Větrník v případě nutnosti podal mému synovi/dceři potřebné, volně dostupné léky a poskytl vhodnou předlékařskou pomoc.

Tento souhlas uděluji na dobu konání letního tábora tj. 17.07.2021 - 31.07.2021

Podpis: _____
čitelný podpis rodičů

7. Souhlas s převozem dítěte

Souhlasím s tím, aby mé dítě bylo v případech potřeby ošetření lékařem, převezeno osobním autem v doprovodu zdravotníka nebo vedoucího tábora LT Větrník do ordinace dětského lékaře či do jiného zdravotnického zařízení.

Tento souhlas uděluji na dobu konání letního tábora tj. 17.07.2021 - 31.07.2021

Podpis: _____
čitelný podpis rodičů

8. Plavecké schopnosti

ANO

ANO (s pomůckami)

NE

(Zakroužkujte)

Pokud dítě používá pomůcky při plavání, nezapomeňte dítěti pomůcky přibalit (rukávky, plavací kruh...)

9. Poučení

Je mi známo, že každý účastník tábora podléhá táborovému řádu a musí dodržovat pokyny vedoucích.

Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z letního tábora.

Beru na vědomí, že návštěvy rodičů nejsou z výchovných důvodů doporučeny.

Jsem si vědom(a), právních následků, které by mě postihly, kdyby tato má prohlášení byla nepravdivá.

V _____ Dne: _____

Podpis: _____
čitelný podpis rodičů