

Prohlášení zákonných zástupců dítěte

ze dne, kdy dítě odjíždí na tábor

Já: _____,

nar. _____,

zákonný zástupce

dítěte: _____,

nar. _____.

prohlašuji, že k tomuto dni dítě:

- nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu),
- ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na letní junácký tábor nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním, nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření. (včetně nákazy COVID-19).

Pro dobu účasti dítěte na táboře, tj. od _____ do _____, rovněž určuji osoby s absolvovaným kurzem „Zdravotník zotavovacích akcí“ a s pověřením provozovatele letního junáckého tábora jakožto osoby, na jejichž nepřetržitou přítomnost má dítě právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ust. § 28 odst. 3 písm. e) bod 3. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dále uděluji pro výše uvedenou dobu souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte těmto osobám.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce _____

Kontakty na zákonné zástupce dítěte:

(dosažitelné v době konání tábora)

Od _____ do _____ Jméno a příjmení _____

Adresa _____ Telefon _____

Od _____ do _____ Jméno a příjmení _____

Adresa _____ Telefon _____

Od _____ do _____ Jméno a příjmení _____

Adresa _____ Telefon _____

Bereme na vědomí, že tábor je výběrový a souhlasíme s podmínkami táborového řádu (ke stažení na <http://sotci.skauting.cz>), kterými se každý účastník musí řídit. Jejich nedodržení může vést k vyloučení bez nároku na vrácení táborového poplatku. Dále bereme na vědomí, že neodevzdání všech povinných dokumentů je překážkou pro účast dítěte na táboře, taktéž bez nároku vrácení táborového poplatku. Zpracování a ochrana osobních údajů této přihlášky a jejích příloh se řídí pravidly přihlášky člena do organizace (viz. text na <http://bit.ly/2p4pihy>).

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce _____

Užívané léky

Zde uveďte všechny léky (včetně mastí, kapek, ...), které Vaše dcera pravidelně užívá, a v jakou dobu. Napište také léky, které dcera užívá pouze příležitostně.

Všechny léky odevzdejte ideálně v originálním balení se jménem Vaší dcery zdravotníkovi v den odjezdu na tábor. Dceři s sebou žádné nedávejte, v případě potřeby jí budou poskytnuty.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce _____

Zpráva dětského/obvodního lékaře (pro účastníky do 18 let)

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

2. Účel vydání posudku

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací:

- a) je zdravotně způsobilé*)
- b) není zdravotně způsobilé*)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením*) **)

B) Posuzované dítě:

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh):
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
- d) je alergické na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

***) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

4. Poučení

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne je prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou

5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby

Lékař:

Datum vydání posudku

Jméno, příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravotních služeb