

Písemné prohlášení Rodičů

Příjmení, jméno dítěte

Datum narození

Adresa bydliště

**Zde vlepíte KOPII kartičky zdravotní
pojišťovny.**

!!! UPOZORNĚNÍ !!!
**Toto prohlášení nesmí být starší než jeden
den před zahájením tábora.**
Datum – 13. 8. 2016

Prohlašuji, že dítě je úplně zdravé. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. V rodině ani v místě, z něhož nastupuje na prázdninový pobyt, není žádná infekční choroba a okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření, zvýšený zdravotnický nebo lékařský dohled. Jsem si vědom-a právních a finančních důsledků, které by pro mne vplynuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

Adresa pobytu rodičů v době prázdninového pobytu

Matka:

Otec:

Město:

Město:

ČR – ANO x NE

ČR – ANO x NE

Telefon:

Telefon:

Možno předat zpět do péče? Ano – Ne

Možno předat zpět do péče? Ano - Ne

Upozorňuji u svého dítěte na:

Zdravotní problémy:

Alergie:

Jiné zvláštnosti:

Léky: (musejí být popsány: jméno, jak užívat a kdy, na co léky užívá)

V případě onemocnění dítěte souhlasím s ošetřením lékaře. Po domluvě se zdravotníkem zajistím v nejkratší možné době jeho odvoz z prázdninového pobytu domů.

V

dne

Podpis

(nejlépe obou rodičů)

Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Evidenční číslo posudku: (nutno vyplnit !!!)

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávající posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa, místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště:

Účel vydání posudku: _____

Část A) Posuzované dítě k účasti na pobytu – správnou variantu zakroužkujte

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) _____

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

a) se podrobilo stanoveným očkováním Ano – Ne

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

d) ADHD Ano / Ne – děti s ADHD se nemohou zúčastnit pobytu

e) je alergické na:

f) dlouhodobě užívá léky:

Datum vydání posudku

Podpis lékaře

razítko zdravotnického zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona š. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, která 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.

Jméno a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby