

POTVRZENÍ LÉKAŘE



o způsobilosti účasti na zotavovací akci (letní tábor, škola v přírodě aj.)

Potvrzuji tímto, že níže jmenovaný je způsobilý zúčastnit se zotavovací akce. (Potvrzení je platné 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.)

Jméno a příjmení dítěte: Rodné číslo:/.....

Bydliště:

Prodělané infekční nemoci:

Nemoci / Alergie: Pravidelné očkování: ano ne

Pravidelně užívá tyto léky:

V Dne Razítko a podpis lékaře:

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE



ve smyslu zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Jméno a příjmení dítěte: Rodné číslo:/.....

Bydliště:

Dítě je schopno zúčastnit se tábora u Hrutova v termínu 3. 8. – 17. 8. 2024.

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil výše uvedenému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není mi také známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z přenosné nemoci.

Dále prohlašuji, že dítě není po úraze ani mu nebyla nařizována púrazová léčba. Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti (např. astma, cukrovka, epilepsie,

alergie na potraviny / léky, psychické problémy, užívané léky, náchylnost na nevolnost, bolesti hlavy, krvácení z nosu atd.):

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka nebo hlavního vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladů o zaplacení regulačního poplatku, tato ošetření uhradit. Prohlašuji, že v případě vážných zdravotních problémů dítěte zajistím jeho odvoz z tábora nejpozději do 24 hodin.

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

V dne 3. 8. 2024

Podpis zákonného zástupce:

.....