

LDT Velká Bukovina

Prohlášení o zdravotním stavu dítěte

*Odevzdává se spolu s kartičkou zdravotní pojišťovny (stačí kopie) v den nástupu
dítěte na dětský tábor!*

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

Písemné prohlášení musí být podepsané v den odjezdu dítěte na tábor.

Prohlášení:

Prohlašuji/eme:

- a) ošetřující lékař nenařídil dítěti (nebo jiné fyzické osobě přítomné na akci) změnu režimu.
- b) že dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) nejeví známky akutního infekčního onemocnění (horečka, průjem, celková slabost, pásový opar), 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 (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) 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.**
- d) **ve 14 dnech před odjezdem nepobývalo dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) v zahraničí, v případě, že ano, tak kde.**
- e) **že dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) nemá vši ani hnidy**

Dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) je schopno/a zúčastnit se dětského tábora v určené době v plném rozsahu. Jsem/me si vědom/a/mi právních následků a postihů v případě nepravdivosti tohoto prohlášení.

Prosíme o uvedení

Užívané léky:

Alergie:

Diety*:

Další omezení:

**Nutné dopředu konzultovat s V. Burmazovou ohledně zajištění diety.*

V:

Dne:

Podpisy rodičů (jiného zástupce):

LDT Velká Bukovina

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

*Odevzdává se spolu s kartičkou zdravotní pojišťovny (stačí kopie) v den nástupu
dítěte na dětský tábor!*

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Část A) Posuzované dítě k účasti na tábore v přírodě nebo zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé *)

b) není zdravotně způsobilé *)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*).....

*) **nehodící se škrtněte**

Posudek je platný 24 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 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).....

datum vydání posudku podpis, jmenovka lékaře

razítko zdrav. zařízení

Poučení:

Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdravý lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osob dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo.

Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:.....

Podpis oprávněné osoby:

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne

- stvrzuje se příloženou „doručenkou“)