### VYPLNÍ RODIČE A PŘEDAJÍ PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR

**Čestné prohlášení**

Jméno dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bytem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno účastnit se tábora SDH Lišov v termínu 4. – 11. srpna 2019. Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

**Účastník užívá tyto léky (název, dávkování, konec léčby):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Důvod podávání léků:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergie aj. omezení:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dítě je: plavec – špatný plavec – neplavec** (zaškrtněte správnou variantu)

**Toto prohlášení musí být vyplněno max. 1 den před odjezdem na tábor.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019

 Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### VYPLNÍ RODIČE A PŘEDAJÍ PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR

**SOUHLAS RODIČŮ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE, KONTAKTY NA RODIČE DÍTĚTE V PRŮBĚHU KONÁNÍ AKCE, URČENÍ OSOBY PŘÍTOMNÉ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB NEZLETILÉMU A PROHLÁŠENÍ O POSKYTNUTÍ SOUČINNOSTI.**

1. V době konání akce **„Letní dětský tábor Rachačky u Purkarce“** ve dnech **4. – 11. srpna 2019**, kterou pořádá SDH Lišov, souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna/ ménezletilé dcery …………………………………………., narozené ………………………………., ve smyslu ustanovení § 31zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon ozdravotních službách“) těmto osobám:

hlavní vedoucí tábora Ing. Tomáš Strnad

zdravotník tábora Jan Plecer, zástupkyně zdravotníka Dagmar Steinbauerová

nebo jiné osobě na táboře (uveďte jméno, datum narození, bydliště):

…………………….…………………………………………………………………………

1. Určuji tímto Tomáše Strnada, Jana Plecera, Dagmar Steinbauerovou

či ………………………………………………………………., na jejíž přítomnost má můj nezletilý syn/ moje nezletilá dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1., a to ve shora uvedeném období.

1. Souhlasím s tím, aby v případě potřeby byla mému synovi/mé dceři v době konání akce poskytnuta akutní péče ve smyslu § 5 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách bez mého souhlasu dle rozhodnutí lékaře.
2. Prohlašuji tímto, že v době konání akce je možné mne kontaktovat na tomto telefonním čísle:

Jméno, příjmení matky \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno, příjmení otce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Beru na vědomí, že v případě potřeby (určí tak lékař) se budu muset bezodkladně dostavit do příslušného zdravotnického zařízení k udělení souhlasu s poskytnutím zdravotnických služeb mému nezletilému synovi/mé nezletilé dceři a zavazuji se poskytnout v této věci veškerou potřebnou součinnost.
2. Prohlašuji, že v případě zvláštních okolností, zejména onemocnění mého dítěte, zajistím jeho bezodkladný individuální odvoz z místa konání akce před stanoveným termínem ukončení akce.

V ……………………………… dne ………………………..

 …………………………………..

podpis zákonného zástupce nezletilého

VYPLNÍ LÉKAŘ A RODIČE PŘEDAJÍ PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

**Příloha č. 3 vyhlášce 106/2001 Sb.** ze dne 2. března 2001 **o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti,** ve znění vyhlášky č. 148/2004 Sb.

**Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:** ………………………………………………………………..

**Datum narození:** .................................................…

**Bydliště:** ...........…………………………...……………………………………………………………………………………………….

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

a) je zdravotně způsobilé\*)

b) není zdravotně způsobilé\*)

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

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 zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby 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.

Jméno a příjmení oprávněné osoby: ..............……………………………………………

Vztah k dítěti: ...................................................

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

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne: …………......……………………

 podpis oprávněné osoby

 (stvrzuje se přiloženou "doručenkou")

**\*) Nehodící se škrtne**.