

Potvrzení o bezinfekčnosti

Prohlášení musí být vyplněno a datováno v den odjezdu a dítě je odevzdáno spolu s potvrzením o Zdravotní způsobilost dítěte (pouze u pobytových táborů) a průkazem (kopií) zdravotní pojišťovny.

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	

Prohlašuji, že:

- výše uvedené dítě nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu) ani zvýšená teploty, kašle, dušnosti, bolesti v krku, ztráty chuti a čichu atd.
- a že ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě 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.
- zajistím po celou dobu akce svou dostupnost, popřípadě někoho, kdo by dítě z tábora odvezl okamžitě při výskytu nemoci.
Kontaktní dostupná osoba + tel. číslo:.....

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

Upozorňuji také na některé obtíže mého dítěte, na které je nutno brát zřetel:

Chronická onemocnění	
Zdrav. omezení	
Alergie / fobie	
Trvale užívané léky, dávkování	
Zdravotní pojišťovna	
Podpůrná opatření (ADHD, DIS a jiné)	
PLAVEC*	PLAVE HŮŘE*
NEPLAVEC*	*Nehodící se prosím škrtněte

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka tábora a hl. vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, tato ošetření uhradit.

Datum (ne starší než 2 dny před nástupem) _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Provozovatel tábora **neručí** za ztráty a zničení cenností (drahé kovy, elektronika, mobily, ...)

Svým podpisem také potvrzuji, že v případě výletu na kolech, přebírám veškerou odpovědnost za stav kola mého dítěte.

adresa: Československé armády 195 / 471 54 (vikov / IČO: 49864661
www.cvikovacek.cz / e-mail: DDM@vikovacek@email.cz / tel: 487 751 777

Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na táboře, bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu tábora. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

.....

Dne

.....

Podpis zákonného zástupce dítěte