

## PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE

spolu s tímto formulářem prosíme o dodání kopie kartičky zdravotní pojišťovny dítěte

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE: .....

DATUM NAROZENÍ: .....

BYDLIŠTĚ: .....

Imeno a příjmení dítěte: .....

Bydliště: .....

Telefon: ..... Datum narození: .....

Plavec: ANO NE

Pokud ano, zaškrtněte jaký: špatný průměrný výborný

Zde je prostor pro informace, které považujete za důležité pro pobyt dítěte na táboře (zvyklosti, problémy, dohlédnout na... aj.):

Svým podpisem potvrzuji správnost výše uvedených údajů a rovněž souhlasím s případným použitím fotografií z tohoto tábora pro propagační účely Domu dětí a mládeže Praha 9.

1) ....., aby pracovník SK Prosek činný na táboře mohl **nahlížet do zdravotnické dokumentace** mého dítěte a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace a zároveň **mu mohou být sdělovány informace o zdravotním stavu dítěte**.

2) ..... s **poskytnutím zdravotních služeb** podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to k poskytnutí zdravotních služeb, které **NEMOHOU** podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života.

V ..... dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce

**PROSÍME PIŠTE ŘÍZNĚ TISKACÍMI PÍSMENY NEBO STROJEM**

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:	
datum narození :	
adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu :	

**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 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 pravidelným očkováním:	
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, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k dítěti :

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

\*) Nehodící se škrtněte

.....  
podpis oprávněné osoby

## PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE: .....

DATUM NAROZENÍ: .....

BYDLIŠTĚ: .....

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota 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 zúčastnit se tábora v termínu .....

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

V ..... dne .....

(prohlášení musí být datováno  
nejvíce 1 den před táborem)

.....

podpis zákonného zástupce