

PŘÁTELÉ VESELÉ SPOLEČNOSTI

zapsaný spolek

Lupáčova 78, 537 01 Chrudim IV

IČO 228 23 751



PROHLÁŠENÍ

Část I. a II. vyplní zákonný zástupce. Posudek o zdravotní způsobilosti v části III. **musí vyplnit praktický lékař pro děti a dorost**, který dítě registruje. Bez vyplněných všech částí prohlášení **nemůže být dítě na tábor přijato**. Prohlášení prosím odevzdejte u odjezdu na tábor. K prohlášení připevněte **fotokopii kartičky zdravotní pojišťovny**. **Užívá-li dítě léky**, předejte je u odjezdu přesně označené celým jménem dítěte s přehledem dávkování nejlépe v originálním balení.

část I.

Prohlášení zákonných zástupců

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti

naroz

bytem

změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a Orgán ochrany veřejného zdraví ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu nebylo nařízeno karanténní opatření. Dítě je schopno se zúčastnit zvoleného typu dětského tábora.

Místopřisežně prohlašuji, že údaje uvedené na tomto prohlášení odpovídají skutečnosti k dnešnímu dni.

Jsem si vědom/-a právních důsledků, pokud by údaje nebyly pravdivé.

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. O této skutečnosti budu neprodleně informován/a/. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora tato ošetření uhradit (regulační poplatek, případně doplatky za předepsané léky).

V

dne

podpis zákonného zástupce

Potvrzení musí být podepsáno v den nástupu na tábor.

Zde nalepte nebo přišijte fotokopii
průkazu Pojištěnce zdravotní pojišťovny

část II.

Jméno a příjmení dítěte

Dítě aktuálně užívá tyto léky (název, způsob dávkování), které jsou přiloženy

Hygienické návyky: a) samostatně dodržuje hygienu*) b) je potřeba dohledu*)

Plavec: a) velmi dobrý*) b) průměrný*) c) neumí plavat*)

Dietní zvyklosti:

jídla, na které má dítě alergii

jídla, která dítě vysloveně nejí

Jiné údaje o dítěti, které považujete za důležité (např. hyperaktivita, poruchy pozornosti, enuréza, noční děsy....)

Telefonní číslo pro kontakt v době pobytu dítěte na táboře

Potvrzuji, že je mi známo, že každý účastník tábora podléhá táborovému řádu (zveřejněn na www.veselaspolecnost.cz/wp-content/uploads/2019/03/Taborovy-řad.pdf), na táboře bude pro účastníky stanoven celodenní režim a připraven táborový program. Každý účastník tábora je povinen dodržovat daný režim a uposlechnout pokynů vedoucích tábora. Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora. V případě poškození či rozbití zařízení tábora jsou zákonní zástupci povinni zajistit náhradu. Pořadatel DT neodpovídá za ztrátu a škodu na věcech (např. mobilní telefony, elektronika), penězích a cennostech, které nebyly převzaty do úschovy.

Všechny údaje o dítěti jsem uvedl/a/ pravdivě a souhlasím s výše uvedeným upozorněním.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle dokumentu GDPR dostupného na www.veselaspolecnost.cz/wp-content/uploads/2019/03/GDPR.pdf

Současně souhlasím – nesouhlasím*) s fotografováním mého dítěte a umístěním těchto fotografií na www.facebook.com/agenturaveselaspolecnost/ a na www.veselaspolecnost.cz a jejich případné užití na prezentační materiály zapsaného spolku Přátelé Veselé společnosti.

V _____ dne _____

*) Nehodící se škrtněte

podpis zákonného zástupce

Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo bydliště na území ČR:

2. Účel vydání posudku**3. Posudkový závěr**

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

- je zdravotně způsobilé*)
- není zdravotně způsobilé*)
- je zdravotně způsobilé s omezením**)**)

B) Posuzované dítě

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE *)
- je proti nákaze imunní (typ/druh):
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
- je alergické na:
- dlouhodobě užívá léky /druh/typ, dávka:

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte

**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

4. Poučení

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby

vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala

posudek do vlastních rukou dne

podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku

jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdrav. služeb