



## PROHLÁŠENÍ

**Prohlášení zákonných zástupců** vyplní rodiče (zákonný zástupce). Vyplněné Prohlášení zákonných zástupců odevzdejte prosím u odjezdu. K prohlášení zákonných zástupců 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 ani příznaky infekce covid-19 (průjem, zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu 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 a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

V posledních 14 dnech před nástupem na tábor pobývalo - nepobývalo\*) dítě v zahraničí. V případě, že ano, kde: \_\_\_\_\_.

**Dítě je schopno se zúčastnit školy v přírodě.**

**Místopřísežně 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 ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. O této skutečnosti budu neprodleně informován/a/. Zavazuji se při převzetí dítěte ze školy v přírodě tato ošetření uhradit (regulační poplatek, případně doplatky za předepsané léky).

Zákonný zástupce souhlasí – nesouhlasí \*) v rámci běžné dokumentace činnosti na akci pro naše potřeby s pořizováním a použitím fotografií a audiovizuálních materiálů zachycujících účastníka jednotlivě, případně ve skupině s dalšími osobami

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

**Potvrzení musí být podepsáno v den nástupu na pobyt**

\*) Nehodící se škrtněte

podpis zákonného zástupce

Zde nalepte nebo přišijte fotokopii  
průkazu Pojištěnce zdravotní pojišťovny