



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI A NÁSTUPNÍ LIST ÚČASTNÍKA TÁBORA

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	
Název tábora	
Datum konání tábora	

### Prohlášení zákonných zástupců dítěte

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

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	
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

Podpis zákonného zástupce

➤ NALEPTE NA DRUHÉ STRANĚ FOTOKOPII KARTIČKY ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

*Zde nalepte oboustrannou fotokopii kartičky  
pojištěnce zdravotní pojišťovny,  
nebo zdravotníkovi tento průkaz odevzdejte*

### 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