



Prohlášení zákonných zástupců dítěte

VYPLŇTE VŠECHNY RÁMEČKY

Tuto část vyplňte v den odjezdu na tábor a dejte dítěti s sebou. Bez tohoto prohlášení není účast na táboře možná.

prohlášení

Prohlašuji že ošetřující lékař nenařídil dítěti:

jméno a příjmení dítěte

datum narození

bydliště

změnu režimu.

Dítě nejví 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 se zúčastnit stálého junáckého tábora v termínu:

termín tábora

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

datum (den odjezdu na tábor)

podpis zákonného zástupce

Zpráva obvodního - dětského lékaře

identifikační údaje

jméno a příjmení dítěte

datum narození

adresa trvalého bydliště

A) způsobilost

Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci nebo škole v přírodě:

a - je zdravotně způsobilé *

b - není zdravotně způsobilé*

c - je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):*

Posudek je platný 12 měsíců od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

B) potvrzení

Potvrzení o tom, že dítě:

a - se podrobilo pravidelným očkováním

d - je alergické na

ANO - NE*

b - je proti nákaze imunní (typ / druh)

e - dlouhodobě užívá léky (typ / druh / dávka)

c - má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ / druh)

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidí, 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.

podpis zákonného zástupce

datum

podpis a jmenovka lékaře, razítko zdravotnického zařízení

* NEHODÍČI SE ŠKRTNE