**Zdravotní způsobilost dítěte - Potvrzení o bezinfekčnosti**

(Vyplní rodinný zástupce a odevzdá až při nástupu na tábor/akci)

Prohlašuji, že dle posledního záznamu lékaře ve zdravotním a očkovacím průkazu dítěte je dítě:

Jméno………………………………………………………… nar…………………………………….

bydliště………………………………………………………………………………………………….

zdravotně způsobilé zúčastnit se tábora/akce (název)…………………………………………..

v…………………………………………………. od…………………………….do………………….

a od poslední pravidelné preventivní prohlídky se zdravotní způsobilost dítěte nezměnila.

Souhlasím s uvedením osobních údajů mého dítěte pro potřeby pořádající organizace (jméno, adresa, rodné číslo, datum nar.) ve smyslu zákona č. 177/2001 Sb., o ochraně osobních údajů.

Současně prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil výše jmenovanému dítěti, které je v mé péči, změnu režimu a dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota). Ve čtrnácti kalendářních dnech před odjezdem na akci nepřišlo dítě do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření.

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

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

Podpis zákonného zástupce ze dne odjezdu …………………..……………….........................

Vedení tábora/akce (a táborovému zdravotníkovi) sděluji, že dítě je **plavec - neplavec**

Má tyto zdravotní problémy: .....................................................................................................

Je alergické na potraviny: ........................................................................................................

Má s sebou tyto léky:………………………………………………………………………………….

V případě horečky je možné podat dítěti lék: ………………………………………………………

V případě bolesti je možné podat dítěti lék: ………………………………………………………..

V případě přisátí klíštěte si přeji jej odstranit: **ANO - NE**

Pokud ano, jakým způsobem: ………………………………………………………………………..

Klíště si přeji zachovat pro případné laboratorní vyšetření: **ANO - NE**

Možný kontakt na zákonného zástupce dítěte v době konání akce:

1) Jméno a příjmení…………………………………………………………………………………….

 od................................ do ..................................... telefon .......................................................

2) Jméno a příjmení…………………………………………………………………………………….

 od................................ do ..................................... telefon .......................................................