

ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST ÚČASTNÍKA (CE)

PŘÍMĚSTSKÉHO TÁBORA

POBYTOVÉHO TÁBORA

(nehodící se škrtněte)

+ POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

(vyplní a podepíše zákonný zástupce a odevzdá až při nástupu, prohlášení zákonného zástupce nesmí být starší než 1 den)

Prohlašuji, že dle posledního záznamu lékaře ve zdravotním a očkovacím průkazu

je (syn, dcera) nar.....

bydliště

zdravotně způsobilý(á) zúčastnit se tábora v, který se koná oddo.....

Od poslední pravidelné preventivní prohlídky se jeho (její) zdravotní způsobilost nezměnila.

Souhlasím s uvedením osobních údajů mého syna (dcery) pro potřeby pořádající organizace (jméno, adresa, rodné číslo, datum nar.) ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Současně **prohlašuji**, že ošetřující lékař nenařídil výše jmenovanému (jmenované), který(á) je v mé péči, změnu režimu, a že nejeví známky akutního onemocnění (průjem,teplota).

Ve čtrnácti kalendářních dnech před nástupem na akci nepřišel (nepřišla) do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu (jí) 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 nástupu na akci**

Sděluji, že syn (dcera) má tyto zdravotní problémy :

Je alergický(á) na potraviny :

S sebou má tyto léky :

které se podávají :

Možný kontakt na zákonného zástupce v době konání tábora:

1) od do telefon jméno

Dům dětí a mládeže, Letovice, okres Blansko, Českokobratrská 5/137, 679 61 Letovice,
tel. 516 474 170, e-mail.: info@ddmletovice.cz ČÚ:17331-631/0100

PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ DĚTSKÝ PŘÍMĚSTSKÝ TÁBOR

Termín Místo

Jméno a příjmení..... Pojišťovna

Bydliště

Rodné čísloTelefonEmail

Podpis zákonného zástupce: Podpis zákonného zástupce:

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