# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSBILOSTI DÍTETE

*(lze i jiný formulář, ale musí splňovat obsahové náležitosti dle přílohy č. 3 vyhlášky č. 106/2001 Sb.)*

## Jméno: Příjmení: Datum narození: Pojišťovna

## Adresa místa trvalého bydlište:

**Zdravotní stav dítete** (nemoci, alergie, jiná omezení…):

## Pravidelne užívané léky:

**Díte nesmí vykonávat tyto činnosti:**

**Díte je řádne očkováno.**

Datum vystavení potvrzení:

Razítko a podpis lékaře

*Lékařské potvrzení je platné 24 měsíců od data vydání, pokud v této době nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.*

# POTVRZENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ A PLNÁ MOC

## Jméno dítete: Příjmení dítete:

**Adresa:**

Prohlašuji, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních **dvou týdnech** přišlo mé dítě

do styku s osobami, které onemocněly infekční nemocí (týká se i vší). Prohlašuji, že dítě nemá vši ani hnídy. V případě nalezení hníd nebo vší, bude dítě posláno domů k důkladnému odstranění, resp. nebude na tabor ani přijato. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti (alergie, jiná zdravot. omezení):

Užívané léky a dávkování:

Při jízdě autobusem bere Kinedryl\*: ANO / NE Dítě je plavec\*: ANO / NE

Souhlasím, aby mé dítě bylo po dobu pobytu na táboře v případě akutního onemocnění či úrazu bez mé přítomnosti: lékařsky ošetřeno, hospitalizováno a propuštěno z hospitalizace, poze se souhlasem odpovědného výchovného pracovníka tábora. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:**

**Kontakt na zákonného zástupce během konání tábora (tel.):**

V Dne

*Datum odjezdu na tábor.*

*Toto prohlášení nesmí být starší než 24 hodin! \*nehodící se škrtněte*

Podpis zákonného zástupce