

NÁSTUPNÍ LIST DÍTĚTE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE: _____

DATUM NAROZENÍ _____

BYDLIŠTĚ _____

INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Uveďte veškeré skutečnosti, které mohou komplikovat pobyt dítěte na táboře (např. psychické problémy, pomočování, alergie aj.).

PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Prohlášení nesmí být starší jednoho dne před zahájením tábora!

Prohlašuji, že dítě je zcela zdravé, nemá vši a v rodině ani v místě, z něhož nastupuje do tábora, není infekční choroba a okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti karanténní opatření nebo lékařský dohled.

Jsem si vědom(a) právních a finančních důsledků, pokud by na základě nepravdivých údajů tohoto prohlášení došlo k ohrožení tábora nebo jeho účastníků.

KONTAKT NA RODIČE NEBO ZÁKONNÉ ZÁSTUPCE,
kteří budou po celou dobu prázdninového tábora k dosažení.

Jméno a příjmení:

Telefon:

KARTA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Zde nalepte fotokopii pojištění zdravotní pojišťovny.

V

Datum:

Podpis rodiče, zákonného zástupce:

**Nástupní list odevzdejte vedoucímu při nástupu do tábora.
Bez nástupního listu nelze do tábora nastoupit!**

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

k účasti na zotavovací akci – letní tábor

(podle § 9 Zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 106/2001 Sb. v zákoně 148/2004 Sb.)

Potvrzuji, že: narozen(a):

bytem:

je k účasti na letním táboře:

a) je zdravotně způsobilé*

b) není zdravotně způsobilé*

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

Posuzované dítě

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO* - NE*

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

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

d) je alergické na

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

.....
datum vydání posudku

.....
podpis a razítko lékaře

Poučení: Proti zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, 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.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Vztah k dítěti:

Zákonný zástupce převzal posudek do vlastních rukou dne:

.....
podpis zákonného zástupce

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

* Nehodící se škrtněte.

Orámovanou část Lékařského posudku vyplňuje zákonný zástupce dítěte=rodič.