**List účastníka**

Jméno a příjmení dítěte: .........................................………datum narození: ...........................

Bydliště: ...............................…………............................. ………PSČ: ……………..........

**Dobrovolné údaje rodičů doplňující či upřesňující údaje v posudku o zdravotní způsobilosti**

Alergie .........……............................................................................................

Zdravotní omezení, sklon k chorobám ……………………………………………………….

Potravinová omezení (diety, nepřekonatelný odpor ☺ ) ………………………………………

**Prohlášení rodičů o bezinfekčnosti**

Prohlašuji, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, rýma, dočasná ztrátu čichu apod.), Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem na zotavovací akci do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Zároveň prohlašuji, že jsem prohlédl(a) dítěti vlasy a že nejeví jakékoli příznaky pedikulózy.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Datum: 7.3.2022 Podpis zákonného zástupce :

### Souhlas s převozem dítěte

**Souhlasím – nesouhlasím** \* s převozem svého dítěte soukromým vozidlem (v případě úrazu či zdravotních komplikací, které vyžadují odborné lékařské ošetření, ale nevyžadují příjezd ZZS ) do a ze zdravotnického zařízení.

**Zplnomocnění a souhlas rodičů s poskytováním informací o aktuálním zdravotním stavu dítěte**

**Zplnomocňuji – nezplnomocňuji** \* pedagogický doprovod či zdravotníka k podepsání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb při nutné návštěvě lékaře. V době konání zotavovací akce **souhlasím – nesouhlasím** \* s poskytováním informací o aktuálním zdravotním stavu mého nezletilého dítěte zdravotníkovi či doprovázejícímu pedagogickému pracovníku školy ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů.

# Souhlas s podáním volně prodejných léků

**Souhlasím – nesouhlasím** \* s tím, aby byly mému dítěti v případě potřeby podány volně prodejné léky, které jsou součástí lékárničky.

\* nehodící se škrtněte, hodící se podtrhněte

**Seznam léků, které dítě dostává na zotavovací akci (prášky, masti, kapky, jiné léčivé přípravky):**

Pravidelně užívané léky : 1. ……………………….. dávkování …………………………….

2. ……………………….. dávkování …………………………….

3. ……………………….. dávkování …………………………….

Léčivé přípravky užívané nepravidelně ……………………………………………………………………

**Věnujte prosím zvýšenou pozornost vyplnění předchozích řádků, léky budou děti brát na základě Vašeho určení (v současnosti není možné vše zkontrolovat ve zprávě od ošetřujícího lékaře). Vyplněním těchto řádků přebíráte plnou odpovědnost za správnost těchto údajů a škola nenese jakoukoli odpovědnost za újmu, která by dítěti vznikla v důsledku chybně vyplněného dávkování léků.**

#### Upozornění

Vyjma pravidelně užívaných léků není nutné děti vybavovat jakýmikoli léčivými přípravky „pro jistotu“. Žádné léčivé přípravky (výjimku tvoří pouze léky akutní potřeby pro astmatiky a diabetiky, např. Berodual, Ventolin a inzulín) nesmí mít děti na zotavovací akci u sebe a musejí je odevzdávat přítomnému pedagogovi či zdravotníkovi, který zajistí ochranu před jejich případným zneužitím

Svým podpisem stvrzuji, že jsem uvedené přečetl(a), všemu porozuměl(a) a pravdivě vyplnil(a)

Datum: Podpis zákonného zástupce :

Zde prosím vlepte kopie obou stran karty zdravotní pojišťovny, usnadníte tím v případě jakýchkoli zdravotních komplikací všem práci 😊