

# Přihláška na dětský pobyt a prohlášení o bezinfekčnosti

**Pořadatel:** DĚTI S ÚSMĚVEM (IČ: 01284185)

**Termín:** \_\_\_\_\_

**Místo konání:** \_\_\_\_\_

**Cena:** \_\_\_\_\_ Kč

## Osobní údaje účastníka pobytu:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Dat. narození a rodné číslo: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

Otec (celé jméno a telefon) \_\_\_\_\_

Matka (celé jméno a telefon) \_\_\_\_\_

Kontaktní osoba, kterou bude možno kdykoliv v době pobytu kontaktovat při výskytu jakýchkoliv problémů týkající se Vašeho dítěte (jméno, vztah k dítěti, telefon, adresa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informace ohledně příjezdu a odjezdu zaslat na:

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a orgán ochrany veřejného zdraví (hygienik) ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno účasti na dětském pobytu.

**Místopřísežně prohlašuji, že údaje uvedené na tomto listu odpovídají skutečnosti k dnešnímu dni. Jsem si vědom(a) právních důsledků, pokud by údaje nebyly pravdivé.**

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka a hl. vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, tato ošetření uhradit.

**Upozorňuji také zdravotníka na nutnost brát zřetel na některé obtíže mého dítěte (např. astma, alergie, užívané léky apod.):**

**Zdravotní problémy:** \_\_\_\_\_

**Alergie:** \_\_\_\_\_

Jiné zvláštnosti (např. náměsíčnost, pomočování, ...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dítě plave:** dobře / udrží se na vodě / neplavec

**Léky (jak užívat a kdy, na co léky užívá!):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**léky zabalte do sáčku a popište jménem dítěte, dávkováním a na co daný lék je!**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupce dítěte \_\_\_\_\_

**Prohlášení nesmí být starší než 1 den před zahájením pobytu!** Přiložte kartičku zdravotní pojišťovny nebo její oboustrannou kopii nalepte zezadu.