

## POTVRZENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ A PLNÁ MOC

Jméno dítěte:

Příjmení dítěte:

Datum narození, 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 vši). Prohlašuji, že dítě nemá vši ani hnídy. V případě nalezení hníd nebo vši, bude dítě posláno domů k důkladnému odstranění, resp. nebude na tábor 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: odvezeno osobním automobilem či jiným vhodným dopravním prostředkem (např. bus, vlak) k lékaři za účelem ošetření a zpět do tábora, hospitalizováno a propuštěno z hospitalizace, pouze 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.*

Podpis zákonného zástupce

*Toto prohlášení nesmí být starší než 24 hodin!*

*\*nehodící se škrtněte*

Jméno a příjmení zákonného zástupce