

**ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE - II. DÍL**

Jméno: Příjmení: Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Poštovní adresa včetně PSČ:

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil shora uvedenému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že dítě přišlo v posledních dvou týdnech do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí nebo u nichž byly nalezeny vši či hnidy.

Dítě je schopno zúčastnit se od do dětského tábora.

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

Dále prohlašuji, že dítě není po úraze ani mu nebyla nařazena poúrazová léčba. Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti (např. astma; cukrovka; epilepsie; alergie na potraviny / léky; psychické problémy; únik moči; užívané léky; náchylnost na nevolnost; bolesti hlavy; krvácení z nosu atd.):

I s ohledem na zdravotní omezení (alergie) a stravovací návyky (vegetariánství) uvádím druhy potravin a jídel, které mé dítě odmítá. Jsem si vědom(a), že potraviny / jídla, které zde neuvedu, mohou být součástí táborevého jídelníčku a děti budou vedeny k dojídání přiměřených porcí. Pouze za zde uvedená jídla bude mít dítě nárok na náhradní stravu:

Jsem si vědom(a), že neúplností zde uvedených informací mohu dítěti či provozovateli tábora způsobit vážné problémy. Prohlašuji, že v případě vážných zdravotních problémů dítěte zajistím jeho odvoz z tábora nejpozději do 24 hodin. Pro případy nutné komunikace provozovatele tábora s rodiči / zákonným zástupcem uvádím tato telefonická spojení (popř. náhradní spojení) a prohlašuji, že budou po dobu konání akce dostupná:

Po dobu konání dětského tábora souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého dítěte ve smyslu ustanovení § 31 a § 33 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

(i) zdravotníkovi a

(ii) hlavnímu vedoucímu tábora

V případě nutnosti kontaktovat přímo rodiče / zákonného zástupce, žádám poskytovatele zdravotních služeb, aby kontaktoval mne, a to na telefonním čísle:

Dávám tímto souhlas s tím, aby spolek KOLT jako správce zpracoval v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů zde uvedené osobní údaje. Správce může tyto údaje používat výhradně v rozsahu nutném pro svoji činnost. Souhlas uděluji na dobu neurčitou a jsem si vědom(a), že jej mohu kdykoli odvolat.

V dne

jméno a příjmení rodiče / zákonného zástupce

vztah k dítěti

**podpis
v den odjezdu dítěte na tábor (!!)**