

BEZINFEKČNOST A ZDRAVOTNÍ INFORMACE

Jméno:..... Datum narození:.....

Třída:..... Akce:

Od-do: Kontakty na zák. zástupce (telefon):.....

Potvrzení o bezinfekčnosti

Potvrzuji, že můj syn/má dcera nemá lékařem nařízenou karanténu, změnu režimu nebo zvýšený lékařský dozor, není infekčně nemocný/á (*upozornění: i vši jsou v tomto významu infekční onemocnění*) a nejeví známky jiného akutního onemocnění (*průjem, teplota atd.*). Není mi též známo, že by v průběhu posledních 14 dnů přišel/přišla do styku s osobou, která je infekčně nemocná, má lékařem nařízenou karanténu nebo je u ní podezření na výskyt infekčního onemocnění.

V dne Podpis zákonného zástupce:
(datum odjezdu)

Další zdravotní informace

Můj syn/má dcera se podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním. **ANO** **NE** (*nehodící se škrtněte*)

Můj syn/má dcera má kontraindikaci proti očkování nebo lékům
(*uvedte typ/druh i v případě, že se alergická reakce projevila jen jednou*):

Mé dítě pravidelně užívá tyto léky (*léky přiložit v podepsané obálce/taštičce*): *zde uveďte alergie a názvy léků a popište dávkování podle vzoru: např. 1-0-1/2 znamená, že ráno bere jednu celou tabletu, v poledne nic a večer půlku tablety.*

Typ alergie: vlastní léky:

Bezlepková dieta ano ne (*nehodící se škrtněte*)

Další zdravotní omezení:

Souhlas s poskytnutím lékařského ošetření

V případě úrazu či akutního onemocnění souhlasím v souladu se zákonem o zdravotních službách č. 372/2011Sb. ve znění zákona č. 66/2013 Sb. s poskytnutím lékařského ošetření mému synovi/mé dceři v průběhu konání této školní akce v termínu:

V případě, že úraz či onemocnění vyžaduje lékařské ošetření, ale nikoli akutního rázu, nevyžaduje tedy odvoz rychlou záchrannou službou, **souhlasím s odvozem mého syna/dcery do lékařského zařízení doprovodem vozidlem organizátora.** **ANO** **NE** (*nehodící se škrtněte*).

V dne Podpis zákonného zástupce: