

1. Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti na zotavovací akci

(Vyplní lékař)

Část A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé*)
- b) není zdravotně způsobilé*)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením*) **)

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změnám zdravotní způsobilosti.

Část B) Posuzované dítě:

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ / druh):
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ / druh):
- d) je alergické na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

V dne

Razítko a podpis lékaře

Poučení:

Proti bodu A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dní ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno (jména) a příjmení oprávněné osoby: _____

vztah k dítěti: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne _____ podpis oprávněné osoby _____

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

Hradí-li pobyt (nebo jeho část) zaměstnavatel, prosíme o vyplnění této části

Název organizace: _____

Fakturační adresa: _____

PSČ: _____ IČO: _____ DIČ: _____

Částku – slovy: _____ částku: _____ Kč

Kontaktní osoba: _____ tel.: _____

Podpis a razítko přispívající organizace: _____

Fakturu vystavujeme pouze na celou částku!

2. Nástupní list s kopií kartičky pojišťovny

Zde přiložte kopii kartičky zdravotní pojišťovny

přední strana

zadní strana

PŘILEPTE KOPIE

Prohlašuji, že

dítě:

narozené dne:

trvale bydlištěm:

zdravotní pojišťovna:

číslo pojišťovny:

Prohlašuji, že naše dítě je schopné účasti na letním táboře, ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu.

Dítě nejeví známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, horečka, průjem, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním v domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Beru na vědomí, že je mou povinností informovat provozovatele tábora, pokud by se do 14 dnů po jeho ukončení u dítěte objevilo infekční onemocnění (např. COVID-19). Současně upozorňujeme, že v případě prokázaného případu COVID-19 bude tábor ukončen a zákonní zástupci musí sami zajistit dopravu dítěte z tábora domů.

Prohlášení nesmí být starší než 24 hodin před odjezdem.

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

Telefonické spojení pro případný kontakt v době konání akce:

Tel. do zaměstnání:

Tel. domů:

V

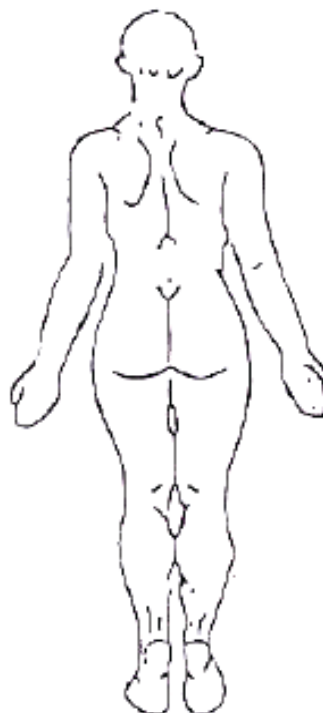
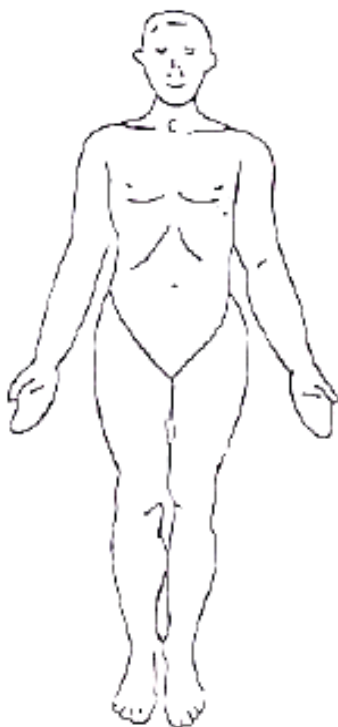
Dne: **2. 8. 2024**

.....
jméno a podpis zákonného zástupce

Zpětná informace zdravotníka tábora o zdravotním stavu dítěte na táboře, případné úrazy, výskyt klíštěte

- Během tábora dítě nemělo potíže.**

- Popis potíží / vyznačení výskytu klíšťat:**



Dne:

Podpis zdravotníka:

3. Souhlas s podáním volně prodejných léků

Souhlasím s tím, aby byly mému dítěti v případě potřeby podány volně prodejné léky, které jsou součástí lékárničky, kterou má na starost zdravotník zotavovací akce. Veškeré léky, které dítě užívá, musí zákonný zástupce odevzdat při odjezdu zdravotníkům zotavovací akce (výjimku tvoří spreje pro astmatiky, např. Berodual, Ventolin a inzulín). Jedná se i o léky na bolest (hlavy, menstruační bolesti apod.), léky, které dítě užívá pravidelně (na alergie aj.). Vezeme s sebou plně vybavenou lékárnu, která odpovídá zákonným normám, takže zde máme dostatečné vybavení analgetiky, antihistaminiky apod. Toto nařízení nám ukládá vyhláška č. 148/2004 Sb., o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti.

V dne **2. 8. 2024**

.....
Podpis zákonného zástupce

4. Souhlas s transportem zraněného dítěte do zdravotnického zařízení

V případě závažných úrazů ohrožujících zdraví či život dítěte a v případech akutních stavů bude k dítěti zavolána Zdravotnická záchranná služba. U dětí se ale vyskytují i stavy a úrazy, které tento zásah nepotřebují. Pro tyto případy používáme k převozu dítěte os. automobilem. I k tomuto úkonu potřebujeme Váš souhlas. Pokud nebude souhlas udělen a zdravotník zotavovacích akcí usoudí, že dítě potřebuje lékařskou péči (popř. bude-li chtít konzultovat zdravotní stav dítěte s lékařem za přítomnosti dítěte), bude k dítěti zavolána sanitka a zákonný zástupce je povinen se v co nejkratší době dostavit do zdravotnického zařízení, kam bude dítě převezeno. O tomto bude informován telefonicky. Souhlasím s tím, aby v případě méně závažných stavů a úrazů bylo dítě do zdravotnického zařízení transportováno os. automobilem pod dohledem odpovědné osoby. O tomto transportu bude zákonný zástupce rovněž informován telefonicky.

V dne **2. 8. 2024**

.....
Podpis zákonného zástupce

5. Doplnující údaje účastníka

pro potřeby postupu podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“) ve znění pozdějších předpisů a navazujících předpisů

S ohledem na zákonnou úpravu obsaženou v zákoně o zdravotních službách doplňuji údaje ohledně nezletilého účastníka, jehož jsme zákonní zástupci, pro dobu konání akce / tábora, v době

Od **3. 8. 2024** Do **17. 8. 2024** (dále jen doba konání akce) takto:

1. **Údaje nezletilého účastníka:**(jméno a příjmení),

nar. (dále jen nezletilý)

2. **V době konání akce budou rodiče (jiní zákonní zástupci dítěte) nezletilého k zastižení takto:¹⁾**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ VZTAH K DÍTĚTI	ADRESA, DOBA K ZASTIŽENÍ	TELEFONNÍ ČÍSLA DOBA K ZASTIŽENÍ	NEDOSAŽITELNOST*

* Rozumí se naprostá nedosažitelnost – například rekreační/služební pobyt mimo ČR, mimo signál mobilního telefonu apod. (uved'te od kdy do kdy)

3. **Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu akce a určení osoby přítomné při poskytování zdravotních služeb nezletilému**

Pro dobu konání akce je paní **Michaela Kvasničková** (737 009 960)

- osobou, které dle našeho rozhodnutí a souhlasu mají být poskytovány informace o zdravotním stavu nezletilého ve smyslu ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách,
- osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má náš nezletilý syn/naše nezletilá dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. zákona o zdravotních službách,
- shora jmenovaného současně určujeme osobou, která je za nás oprávněna udělit souhlas k poskytnutí zdravotních služeb tam, kde postačuje souhlas jednoho z rodičů dle § 35 odst. 2 písm. a) bod 2 zákona o zdravotních službách.

V

dne **2. 8. 2024**

.....
Podpis(y) zákonného zástupce / zákonných zástupců
nezletilého

¹⁾ Uved'te jméno, příjmení, vztah k dítěti, telefonické kontakty, adresu pobytu, a to včetně případných časů a termínů, kdy na uvedených kontaktech budete k zastižení. V případě, že v termínu akce/tábora nebo jeho části nebude některý ze zákonných zástupců dítěte k dispozici, uved'te tuto skutečnost také. Do přehledu je možné uvést i jinou osobu blízkou, kterou před svým odjezdem vybavíte plnou mocí (prarodiče, tetu, strýce apod., doporučujeme tuto plnou moc opatřit úředně ověřeným podpisem rodiče – nebo obou rodičů).