

PŘED NÁSTUPEM NA TÁBOROVÝ POBYT VYBÍRÁME TYTO DOKUMENTY:

vybíráme kopie, které budeme archivovat po dobu 6 měsíců po skončení tábora, originál ponechejte doma, můžete ho využít na další zotavovací akce – posudek platí 1 rok od data vydání. Děkujeme za pochopení



- Posudek o bezinfekčnosti (čestné prohlášení)
- Kopii! posudku o zdravotní způsobilosti dítěte potvrzený **DĚTSKÝM/PRAKTICKÝM** lékařem
- Kopie! Kartičky pojišťovny, připevňná na tomto dokumentu
- Léky označené jménem Vašeho dítěte + dávkování
- Případné kapesné (označená, nezalepená obálka – proběhne kontrola vedoucím + peníze na výlet
- Zimní tábor – doklad o seřízení vázání (čestné prohlášení rodičů o seřízení nebo Ski servisu

POUDEK O BEZINFEKČNOSTI

Prohlášení musí být vyplněno a datováno v den odjezdu a dítě je odevzdá spolu s potvrzením o Zdravotní způsobilost dítěte a průkazem zdravotní pojišťovny.

Prohlašuji, že dítě narozené
a bytem

.....nejeví známky akutního onemocnění (například horečka nebo průjem). Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem do školy v přírodě/na zotavovací akci do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařizováno karanténní opatření.

V Dne

Jméno zákonného zástupce: Podpis zákonného zástupce:

Telefonické spojení na rodiče (zákonné zástupce) během konání tábora, vyplňte i když jste tak již učinili v přihlášce.

Matka:

Otec:

Pokud rodiče nebudou v ČR, kdo dítě v naléhavém případě převezme

Jméno:

Mobil:

Užívané léky + medikace

PLAVEC: ANO X NE

-----ZDE PŘIPEVNIT KOPII KARTIČKY POJIŠŤOVNY-----

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

Příloha 3 k vyhlášce 106/2001 Sb.

(např.: dětský tábor, škola v přírodě, lyžařský kurz,...)

1. Identifikační údaje

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek	
Jméno a příjmení posuzovaného dítěte	
Datum narození dítěte	
Adresa trvalého pobytu	

2. Posudkový závěr

POSUZOVANÉ DÍTĚ K ÚČASTI NA DĚTSKÉM TÁBOŘE:

- Je zdravotně způsobilé *)
- Není zdravotně způsobilé *)
- Je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): *)

POSUZOVANÉ DÍTĚ:

- Se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO – NE *)
- Je imunní proti nákaze (typ/druh):
.....
- Má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
.....
- Je alergické na:
.....
- Dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):
.....

V Jméno a příjmení lékaře:

Datum:

*) nehodící se škrtněte

Podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení