

# Prohlášení zákonných zástupců dítěte

## Bezinfekčnost

Prohlášení musí být vyplněno a datováno v den odjezdu a dítě je odevzdává spolu s potvrzením o zdravotní způsobilost dítěte, průkazem zdravotní pojišťovny a kopií očkovacího průkazu při nástupu na tábor.

Prohlašuji, že dítě: \_\_\_\_\_

narozené dne: \_\_\_\_\_, zdrav. pojišťovna: \_\_\_\_\_,

bytem trvale: \_\_\_\_\_

se zúčastní DT VAMAtremp v období od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ nejeví známky akutního onemocnění (například horečka nebo průjem).

Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem na zotavovací akci do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním (týká se i vší) nebo podezřelou z nákazy a ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Pokud Vaše dítě přišlo v posledních 14ti dnech před odjezdem do styku se vší dětskou (př.hnidy), prosíme o dodání potvrzení od lékaře, že Vaše dítě již tuto infekci nemá, ve Vašem vlastním zájmu. S ohledem na vysokou nakažlivost a rychlé šíření této infekce, bude každé dítě, u kterého budou na táboře nalezeny vší, resp. hnidy **bezodkladně** posláno domů k důkladnému přeléčení a to bez možnosti uplatnění jakýchkoliv finančních nároků ze strany objednatele pobytu.

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

U svého dítěte chci upozornit na:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dítě užívá tyto léky:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Jméno a podpis zákonného zástupce:

\_\_\_\_\_

Telefonické spojení pro případný kontakt v době konání tábora:

\_\_\_\_\_