



PROHLÁŠENÍ

Část I a II vyplní zákonný zástupce. Posudek o zdravotní způsobilosti v **části III musí vyplnit praktický lékař pro děti a dorost**, který dítě registruje. Bez posudku o zdravotní způsobilosti **nemůže být dítě na tábor přijato**. Vyplněné prohlášení zákonných zástupců s posudkem o zdravotní způsobilosti k účasti na zotavovací akci, odevzdejte, prosím, při příjezdu. K prohlášení připevňte **kartičku zdravotní pojišťovny (popřípadě fotokopii kartičky)**.

Užívá-li dítě léky, předejte je při příjezdu přesně označené celým jménem dítěte s přehledem dávkování - nejlépe v originálním balení.

Část I.

Jméno, příjmení _____

Hygienické návyky: a) samostatně dodržuje hygienu

b) je potřeba dohledu

Dietní zvyklosti – jídla, která dítě vysloveně nejí _____

Jiné údaje o dítěti, které považujete za důležité (např. hyperaktivita, poruchy pozornosti, enuréza, noční děsy....) _____

Telefonní číslo pro kontakt v době pobytu dítěte na táboře _____

UPOZORNĚNÍ PRO RODIČE /seznamte s touto skutečností Vaše dítě/:

Na dětském táboře budou mít děti celodenní režim a táborový program. Každé dítě je povinno dodržovat daný režim, táborový řád a pokyny vedoucích tábora. V případě hrubého porušení táborového řádu bude dítě z tábora bez náhrady vyloučeno. Není povoleno kouření ani požívání alkoholických nápojů či užívání omamných nebo návykových látek. V případě poškození či rozbití zařízení tábora jsou rodiče povinni zajistit náhradu. LITE camp, o.p.s. neodpovídá za ztrátu a škodu na věcech (např. mobilní telefony, elektronika), penězích a cennostech, které nebyly převzaty do úschovy.

Všechny údaje o dítěti jsem uvedl/a/ pravdivě a souhlasím s výše uvedeným upozorněním.

V _____ dne _____ 2025

podpis zákonného zástupce

Část II.

Prohlášení zákonných zástupců

Prohlašuji, že syn/dcera _____, narozen/a _____,

trvale bytem: _____ nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu). Vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.

Dále potvrzuji, že ve 14 kalendářních dnech před nástupem na dětský tábor nepřišel/a do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu/jí není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom/a/ právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V _____ dne 12.7.2025

podpis zákonného zástupce

Potvrzení nesmí být starší 1 dne od nástupu na DT

Část III.

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

2. Posudkový závěr

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

a) je zdravotně způsobilé*)

b) není zdravotně způsobilé*)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením*)**).

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)

Poznámka:

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

3. Poučení

Proti bodu 3. části 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 dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických 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.

4. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby

datum vydání posudku:

podpis, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotnických služeb