



ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE - I.DÍL

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Zdrav. pojišťovna:

Adresa místa trvalého pobytu včetně PSČ a názvu dodací pošty:

Zákonný zástupce (Jméno a příjmení, vztah k dítěti):

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍCH AKCÍCH

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajících posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele zdravotních služeb vydávajících posudek:

IČO:

ČÁST A

Posuzované dítě k účasti na zotavovacích akcích:

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

ČÁST B

Potvrzení o tom, že dítě:

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

.....
datum vydání posudku

.....
podpis, jmenovka lékaře, razítko zdravotnického zařízení

ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE - II.DÍL

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Zdrav. pojišťovna:

Adresa místa trvalého pobytu včetně PSČ a názvu dodací pošty:

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil shora uvedenému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že toto dítě přišlo v posledních dvou týdnech do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí a ani u něj se neprojevovaly v posledních dvou týdnech příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.)

Dítě je schopno se zúčastnit zotavovacích akcí.

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

Dále prohlašuji, že dítě není po úraze ani mu nebyla nařízena poúrazová léčba. Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti (např. astma; cukrovka; epilepsie; alergie na potraviny / léky; psychické problémy; únik moči; užívané léky; náchylnost na nevolnost; bolesti hlavy; krvácení z nosu atd.):

I s ohledem na zdravotní omezení (alergie) a stravovací návyky (vegetariánství) uvádím druhy potravin a jídel, které mé dítě odmítá. Jsem si vědom(a), že potraviny / jídla, které zde neuvedu, mohou být součástí táborského jídelníčku a děti budou vedeny k dojíždání přiměřených porcí. Za zde neuvedená jídla také nebude mít dítě nárok na náhradní stravu:

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka tábora a hlavního vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. V případě nutného ošetření dítěte lékařem souhlasím s převozem soukromým vozidlem.

Jsem si vědom(a), že neúplností zde uvedených informací mohu dítěti či provozovateli tábora způsobit vážné problémy. Prohlašuji, že v případě vážných zdravotních problémů dítěte zajistím jeho odvoz z tábora nejpozději do 24 hodin. Pro případy nutné komunikace provozovatele tábora s rodiči / zákonným zástupcem uvádím tato telefonická spojení (popř. náhradní spojení) a prohlašuji, že budou po dobu konání akce platná:

Dávám tímto souhlas s tím, aby BVÚ - Centrum pro volný čas z.s. jako správce zpracovalo výše uvedené osobních údaje v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Správce může tyto údaje používat výhradně v rozsahu nutném pro svoji činnost. Souhlas uděluji na dobu neurčitou a jsem si vědom(a), že jej mohu kdykoli odvolat.

V dne*

* datum odjezdu dítěte na tábor

.....
podpis rodičů / zákonného zástupce
v den odjezdu dítěte na tábor