

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohláuji, že hygienik ani ošetřující lékař nenašel u mého dítěte žádné známky infekce, ani jiným osobám, které s ním přijdou ve společné domácnosti, karanténní opatření a fleťmi není známo, že by v posledních 2 týdnech přišlo moje dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Prohláuji, že mé dítě nemá vředy ani hrdly! Jsem si v domě právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

**Toto prohlášení musí mít datum odjezdu!!!**

V Praze dne

podpis rodiče (zákonného zástupce)

CHARAKTER PROVOZU HROMADNÉ AKCE VYŇADUJE, ABY ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI DÍTĚTE UVEDLI PŘÍPADNÉ ZÁVAĚNÉ SKUTEČNOSTI O ZDRAVOTNÍM STAVU, KTERÉ VYŇADUJÍ MIMO ŽÁDNOU POZORNOST (NAPŘ. ALERGIE, TRVALÉ UŽÍVÁNÍ LÉKŮ APOD.) LÉKY S NÁVODEM K UŽÍVÁNÍ A ZDRAVOTNÍ PŘÍKAZ POJIŠTĚNCE DEJTE DÍTĚTI S SEBOU V OZNAČENÉ OBÁLCE.

Alergie:

Trvalé užívání léků:

Rodné číslo dítěte:

Pojištění u zdravotní pojištnice:

Telefonní spojení na rodiče:

Prohlášení odpovědnosti za škody

PROHLÁJUJI, ŽE BERU NA VĚDOMÍ ODPOVĚDNOST ZA ŠKODY, KTERÉ ZPŮSOBÍ MOJE DÍTĚTE V DOBĚ TRVÁNÍ OZDRAVNÉHO POBYTU NA VYBAVENÍ REKREAČNÍHO ZAŘÍZENÍ, POPŘÍPADNĚ NA VYBAVENÍ AUTOBUSU. V PŘÍPADĚ FINANČNÍCH NÁKLADŮ NA OPRAVU TAKTO POŠKOZENÉHO ZAŘÍZENÍ SE ZAVAZUJI TUTO ŠKODU UHRADIT.

Podpis rodiče:

DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍKA

Jméno dítěte: \_\_\_\_\_ rodné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon rodiče doma: \_\_\_\_\_  
do zaměstnání: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojištnice: \_\_\_\_\_ kód: \_\_\_\_\_

Dítě prodává onemocnění: \_\_\_\_\_

Jaké léky dostává a nesmí přestat brát během cesty? \_\_\_\_\_

- na které léky je alergické

- mívá teploty, jak vysoké a kdy

- po kterém jídle má dítě吐kosti a zvrací

- trpí dítě ekzémem, jak je ošetřováno

- trpí dítě krvácením z nosu

- snáží, nesnáží jízdu autobusem

- které léky předeáváte u lékaře pro dítě

- jiná sdělení

podpis rodiče