



Šťastné děti, spokojení rodiče.

## ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA PŘÍMĚSTSKÉM TÁBOŘE

Celý formulář se váže k účastníkovi tábora:

Zde nalepte oboustrannou kopii kartičky zdravotní pojišťovny:

### Účastník tábora

Jméno a příjmení:

Datum narození:

### Adresa trvalého pobytu

Ulice:

Obec:

PSČ:

### TELEFONICKÝ KONTAKT NA RODIČE:

**+420**.....

### PLNÁ MOC K OŠETŘENÍ DÍTĚTE

Jméno a příjmení  
dítěte.....narozeno (datum).....

Já níže podepsaná/ý ..... narozen/a.....

bytem..... rodné číslo .....

tímto zmocňuji

paní/pána sportkids.....

datum narození .....

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména, aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů (zákonných zástupců).

Plnou moc uděluji na dobu trvání tábora.

Plnou moc přijímám

V ..... dne .....zmocnitel

V ..... dne .....zmocněnec



Šťastné děti, spokojení rodiče.

## PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že dítě..... narozené.....

bytem..... nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu) a ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření.

- dlouhodobě užívá tyto léky (typ / druh, dávka):

.....  
.....  
.....

**U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení), které mohou ovlivnit jeho účast na tábore a nebyly uvedeny ošetřujícím lékařem .....**

**Dítě trpí na tyto alergie, popřípadě upozorňuji na odlišnosti ve stravovacích návycích a jiné neobvyklosti u dítěte.....**

Současně je mi známo, že každý účastník tábora podléhá táborovému řádu a respektuje všechny pokyny vedoucích. Jsem si také vědom/a toho, že pokud bude nutné, aby dítě z vážných kázeňských či zdravotních důvodů předčasně ukončilo svůj pobyt na táboře, umožním jeho odvoz na své náklady.

Jako zákonný zástupce dítěte beru na vědomí, že s údaji poskytnutými v tomto dokumentu je nakládáno v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a v souladu s dalšími dotčenými právními předpisy.

**Rodičům či jinému zákonnému zástupci dítěte je uložena povinnost hlášení výskytu infekčního onemocnění u dítěte a to do 14 dnů po návratu z akce místně příslušné krajské hygienické stanici / Hygienické stanici hl. m. Prahy, na jejímž území, tj. v kraji, byla akce pořádána.**

**Jakoukoliv změnu zdravotního stavu dítěte nebo kontakt s osobou infikovanou COVID 19 je jeho zákonný zástupce povinen nahlásit vedoucí dětských skupin.**

Jméno, příjmení a podpis zákonných zástupců účastníka příměstského tábora:

V ..... dne ..... Podpis .....

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

*\*Toto prohlášení nesmí být starší 1 dne před odjezdem na pobytový tábor nebo nástup na příměstský tábor.*