**Prohlášení o zdravotním stavu účastníka akce termín akce:** … … … … … … … … … ..

Jméno účastníka: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Datum narození: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Pojišťovna: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Zařízení nebo rodiče/pěstouni: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Alergie na: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Příznaky alergie**:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Medikace v případě alergie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Speciální dieta ve stravě: Ne/Ano: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Měl/a tyto vážnější nemoci: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dlouhodobá léčba - **pravidelně užívané léky**: Ne/Ano:

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

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

 Omezení tělovýchovné aktivity: Ne/Ano, jakým způsobem:

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

Další důležité sdělení: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Prohlašuji, že je dítě v době odjezdu na akci plně zdravotně způsobilé k účasti, nejeví známky akutního onemocnění (např. horečka nebo průjem), či nemá příznaky covid-19, a není mi známo, že by ve 14ti kalendářních dnech před odjezdem přišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy. Dítěti není nařízeno karanténní opatření.

Souhlasím s tím, aby zdravotník na kurzu v případě nutnosti podal dítěti léky – Ibalgin (Ibuprofen), Paralen nebo živočišné uhlí.

Jsme si vědomi právních a finančních důsledků, které by pro naše zařízení/rodinu vyplynuly, kdyby z nepravdivých údajů v tomto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

**Spojení na zodpovědnou osobu během akce:**

Jméno: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Pozice: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tel.: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jméno zdravotníka zařízení: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tel.: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

V . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . dne . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 …...................................................

 Podpis rodiče nebo zástupce zařízení