



Pionýr, z.s. - 52. pionýrská skupina Slunovrat – oddíl Stopaři, Pavlovská 6, Brno

vedoucí oddílu: David Pospíšil, tel: 724 010 134

www.psslunovrat.cz, e-mail: stopari@psslunovrat.cz



PIONÝR

List účastníka bezinfekčnost

Prohlášení zákonných zástupců dítěte - bezinfekčnost:

Prohlašuji, že moje dítě - jméno, příjmení: _____

datum narození: _____ zdravotní pojišťovna dítěte: _____

adresa, z níž dítě do tábora nastupuje: _____

je úplně zdravé, v rodině ani v místě z něhož nastupuje do tábora není infekční choroba a okresní - krajský hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti karanténní opatření, zvýšený zdravotní dozor nebo lékařský dohled.

Dítě je schopno zúčastnit se tábora od _____ do _____. Jsem si vědom/a právních a finančních důsledků, které by pro mne vyplynuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo ohrožení táborového kolektivu.

Adresy zákonných zástupců dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání tábora :

1. Od _____ 201_ do _____ 201_ - jméno, příjmení _____

adresa: _____, telefon _____

2. Od _____ 201_ do _____ 201_ - jméno, příjmení _____

adresa: _____, telefon _____

Upozornění zákonných zástupců dítěte:

Upozorňuji u svého dítěte na: _____

Alergie: _____

Léky: _____

Současně sděluji, že mi je známo, že každý účastník letního tábora podléhá táborovému řádu a podrobuje se pokynům vedoucích. Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora.

Dále jsem vzal/a na vědomí, že návštěvy rodičů v táboře nejsou z výchovných a zdravotních důvodů povoleny.

Tento list účastníka nesmí být starší než JEDEN den před zahájením tábora.

Dítě jej povinně odevzdá spolu s průkazem zdravotní pojišťovny a očkovacím průkazem při nástupu k odjezdu do tábora.

Beru na vědomí, že v případě onemocnění dítěte na akci uhradím vzniklé náklady (poplatek u lékaře, za recept a doplatek léků).

V _____ dne _____ 201_

_____ podpis zákonných zástupců dítěte



52. pionýrská skupina Slunovrat – oddíl Stopaři, Pavlovská 6, Brno

vedoucí oddílu: David Pospíšil, tel: 724 010 134

www.psslunovrat.cz, e-mail: stopari@psslunovrat.cz



PIONÝR

List účastníka posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

(vydává praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje)

V souladu se **zákonem č. 274/2003 Sb., kterým se mění některé zákony na úseku veřejného zdraví (např. zákon 258/2000 Sb.)** podle § 9, odst. 3 - rozhoduji, že dítě:

jméno a příjmení: _____ narozené: _____

bytem: _____

je – není

způsobilé zúčastnit se zotavovací akce.

Potvrzuji:

- že výše uvedené dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, nebo
- že je proti nákaze imunní, nebo
- že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Dále upozorňuji na tyto možné zdravotní problémy (např. alergie, dlouhodobě užívá léky, aj.):

V _____ dne _____ 201_

_____ razítko a podpis lékaře

Posudek je platný 12 měsíců od data vydání, pokud nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte.