

ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia dieťaťa:

Adresa bydliska:

Názov a číslo Zdrav. poisťovne:

Kontakt na zákonného zástupcu:

ČESTNÉ VYHLÁSENIE RODIČA

(zákonného zástupcu)

Vyhlasujem, že moje dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, Regionálny úrad verejného zdravotníctva a ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie atď.). Som si vedomý právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa §56 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a že dieťa si budem musieť z tábora bezodkladne odviezť na vlastné náklady bez nároku na vrátenie čiastky za nevyužité služby. Týmto dávam súhlas na spracovanie osobných údajov podľa zákona č.122/2013 Z.z. v znení neskorších predpisov.

Informácie pre zdravotníka v tábore

Dieťa trpí alergiou na:

Užíva lieky*:

Výnimky v stravovaní, špeciálna strava:

Zvláštnosti dieťaťa resp. upozornenie pre zdravotníka:

.....

V..... dňa..... 2017

Podpis rodiča (zákon. zástupcu)

**Vyplniť jeden deň pred nástupom a v deň nástupu do tábora
odovzdať vedúcemu spolu s fotokópiou kartičky poistenca !**

VSTUPNÝ ZDRAVOTNÝ FILTER

Výsledok vstupnej prehliadky:

Spôsobilý / Nespôsobilý

Dátum:

Podpis:

SEM NIČ NEVPISOVAŤ ! Potvrdenie od lekára sa nevyžaduje.

* Lieky a liečivá, ktoré nie sú v tomto vyhlásení uvedené, nesmieme Vášmu dieťaťu podať.
Preto prosíme o korektné vyplnenie.