

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 nevyužitú službu. 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..... 2019
Podpis rodiča (zákon. zástupcu)



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



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.*