



Meno a priezvisko dieťaťa: _____

Ulica, číslo: _____ PSČ: _____ Mesto: _____

Dátum narodenia dieťaťa: _____ Zdrav. poisťovňa: _____

Kontakt na zák. 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. Covid-19, hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie atď.), prípadne mali príznaky infekcie COVID-19, t.j. zvýšená teplota, kašeľ, dýchavičnosť, 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 nebude vzaté do tábora a/alebo si budem musieť dieťa z tábora bezodkladne odviezť na vlastné náklady bez nároku na vrátenie čiastky za nevyužitú službu. Informácie o spracovaní osobných údajov sú dostupné na webovej stránke www.zafenix.com. Zároveň vyhlasujem, že uvedené údaje sú presné a pravdivé.

Informácie pre zdravotníka v tábore

Alergie dieťaťa (napr. lieky a iné): _____

Užíva lieky¹: _____

Výnimky v stravovaní, špeciálna strava: _____

Zvláštnosti dieťaťa resp. upozornenie pre zdravotníka: _____

_____ >Plavec/neplavec<

V _____ dňa _____, 2023

_____ Podpis rodiča (zákonného zástupcu)

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

VSTUPNÝ ZDRAVOTNÝ FILTER

NIČ NEVPISOVAŤ! Vyplňuje zdravotník v tábore! Potvrdenie od lekára sa vyžaduje! (nie staršie ako 1 mesiac)

Výsledok vstupnej prehliadky

Spôsobilý

Nespôsobilý

dňa: _____

_____ podpis zdravotníka

¹ Lieky a liečivá, ktoré nie sú v tomto vyhlásení uvedené, nesmieme Vášmu dieťaťu podať. Preto prosíme o korektné vyplnenie v tvare označenie lieku, spôsob podávania atď.