



Meno a priezvisko dieťaťa: _____

Ulica, číslo: _____ PSČ: _____ Mesto: _____

Dátum narodenia dieťaťa: _____ Zdrav. poisťovňa: _____

Meno, priezvisko, adresa a telefónne číslo zák. zástupcu ¹: _____

Vyhlasenie zákonného zástupcu¹ o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Vyhlasujem, že:²

Dieťa je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter zotavovacieho podujatia. **Áno** **Nie**

Dieťa pravidelne užíva lieky (ak áno, doplniť nižšie v sekcii). **Áno** **Nie**

- Dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia.
- Dieťa nemá nariadené karanténne opatrenie alebo zákonný zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa počas 14 dní predchádzajúcich dňu odchodu na zotavovacie podujatie prišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie alebo osobou podozrivou z nákazy prenosným ochorením.
- Podľa informácií dostupných zákonnému zástupcovi, žiadna z osôb, s ktorými dieťa žije v spoločnej domácnosti, neprišla v priebehu posledných 14 dní do styku s osobami, ktoré prekonali prenosné ochorenie.

Som si vedomý(á), že pri zmene zdravotného stavu dieťaťa a prejave príznakov prenosného ochorenia (napríklad zvýšená teplota, vracanie, hnačka) sa dieťa nemôže zúčastniť zotavovacieho podujatia/tábora 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): _____

Ak áno, užíva lieky³: _____

Výnimky v stravovaní, špeciálna strava: _____

Iné upozornenie pre zdravotníka: _____ plavec neplavec

V _____ dňa _____ 2024

 meno, priezvisko a podpis zákonného zástupcu¹

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

VSTUPNÝ ZDRAVOTNÝ FILTER NIČ NEVPISOVAŤ! Vyplňuje zdravotník v tábore!

Výsledok vstupnej prehliadky:

Spôsobilý Nespôsobilý

dňa: _____

 podpis zdravotníka

¹ Rodič, iná fyzická osoba ako rodič, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, poručník, opatrovník alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, výchovné opatrenie, neodkladné opatrenie alebo ochranná výchova, výkon väzby, výkon trestu odňatia slobody alebo výkon detencie.

² Správnu možnosť označte X.

³ Lieky a liečivá, ktoré nie sú v tomto vyhlásení uvedené, nesmieme Vášmu dieťaťu podať. Preto prosíme o korektné vyplnenie v tvare názov lieku, spôsob podávania, dávkovanie, frekvencia podávania atď.