



**Příloha k Prohlášení o bezinfekčnosti a zdravotní souhlas**

**Akce:** Jarní dětský tábor

**organizace:** Lagunino, z. s.

**Termín akce:** od 22. 2. 2025 do 1. 3. 2025

**místo konání akce:** Horní Malá Úpa

**Jméno dítěte:** \_\_\_\_\_ **Datum nar.:** \_\_\_\_\_

**Kontaktní osoba v pro případ nouze:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Znamé alergie u dítěte** (vypište prosím veškeré alergie dítěte, které jsou u něj známé, včetně lékových a potravinových k datu odjezdu na akci):

.....  
**Další, k akci relevantní, informace o dítěti** (např. enuréza, fobie (strach z výšek, uzavřených prostor, tmy, hloubky, atp.), časté krvácení z nosu, hyperaktivita, astma, potřeba speciálního opalovacího krému, atp.):

.....  
**Zdravotní omezení dítěte v průběhu akce:** .....

.....  
**DÍTĚTEM PRAVIDELNĚ UŽÍVANÉ LÉKY:**

	<b>RÁNO</b>	<b>POLEDNE</b>	<b>VEČER</b>
<b>NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU:</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU:</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU:</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU:</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Případné upřesnění medikace:** .....

**Dítě bude mít léky u sebe:** ANO – NE

**Dítě bude užívat léky samo:** ANO – NE

**Plavecké schopnosti dítěte:** dítě k plavání nepotřebuje plavecké pomůcky – dítě k plavání potřebuje plavecké pomůcky

V případě, že výše jmenované dítě k plavání potřebuje plavecké pomůcky, prohlašuji, že je má na akci s sebou a umí je používat. Svým podpisem souhlasím se vstupní prohlídkou výše jmenovaného dítěte zdravotníkem a v případě zjištění výskytu vší, či zjištěním akutních známek onemocnění, souhlasím s případným vyloučením výše jmenovaného dítěte z akce bez nároku na vrácení zaplaceného účastnického poplatku.

Souhlasím s tím, aby v případě, že to zdravotní stav výše jmenovaného dítěte vyžaduje, zdravotník akce pomáhal výše jmenovanému dítěti při osobní hygieně.

Souhlasím s tím, aby byly výše jmenovanému dítěti, v případě potřeby, aplikovány volně prodejné léčivé přípravky a doplňky stravy zdravotníkem akce.

Souhlasím s návštěvou sauny, páry či obdobného zařízení výše jmenovaným dítětem.

Souhlasím s tím, že se výše jmenované dítě může koupat ve vířivce.

Souhlasím s otužováním výše jmenovaného dítěte (ranní otužovací rozvíčky, otužovací challenge ve sněhu).

Prohlašuji, že pokud je mi známa jakákoliv léková alergie výše jmenovaného dítěte, je tato skutečnost uvedena výše.

Souhlasím, aby v případě potřeby (např. úraz vyžadující hospitalizaci dítěte) bylo dítě ošetřeno ve zdravotnickém zařízení nebo horskou službou, včetně případně nezbytného podání transfuze krve, pokud to jeho stav vyžaduje a aby zdravotník akce zastupoval v jednání se zdravotnickým zařízením nejlepší zájem dítěte do okamžiku, než bude moci dítě zastupovat jeho zákonný zástupce.

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:** .....

**Datum:** .....

**Podpis zákonného zástupce:** .....