



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

**Akce: Chatičkový LDT**

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

**Termín akce: od 12. 7. 2025 do 19. 7. 2025**

**místo konání akce: Pouště**

**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 vši, či zjištěním akutních známek onemocnění, souhlasím s případným vyloučením výše jmenovaného dítěte z akce bez nároku na vrácení zaplaceného účastnického poplatku.

Svým podpisem souhlasím s fyzickými prohlídkami výše jmenovaného dítěte zdravotníkem na výskyt parazitů: veš dětská (vlasatá část hlavy) a klíště obecné (celé tělo), dále souhlasím s tím, že v případě nálezu vši dětské budou výše jmenovanému dítěti ošetřeny vlasy volně prodejnými prostředky určenými k hubení vši dětské a bude anonymizovaně oznámen výskyt vši na táboře všem rodičům dětí účastnících se tábora; a v případě nálezu klíštěte obecného bude toto odstraněno a místo bude ošetřeno.

V případě, že výše jmenované dítě nebude mít s sebou vlastní opalovací krém, nebo v případě jeho spotřebování, souhlasím s aplikací volně prodejných opalovacích krémů na pokožku výše jmenovaného dítěte. Souhlasím s tím, aby v případě potřeby aplikoval výše jmenovanému dítěti opalovací krém na pokožku zdravotník akce. Pokud výše jmenované dítě potřebuje speciální opalovací krém, uvedl/a jsem tuto skutečnost výše.

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 vířivky, sauny, páry či obdobného zařízení výše jmenovaným dítětem, je-li zařazena v programu.

Souhlasím s otužováním výše jmenovaného dítěte, je-li zařazeno v programu.

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

Souhlasím, v případě, že výše jmenované dítě o to projeví zájem, s aplikací dočasných tetování na jeho pokožku.

Souhlasím, v případě, že výše jmenované dítě o to projeví zájem, s barvením vlasů dítěte volně prodejnými barvami na vlasy.

Souhlasím, v případě, že výše jmenované dítě o to projeví zájem, s malováním na pokožku dítěte volně prodejnými barvami k tomu určenými (barvy na obličej, barvy na tělo, maskovací barvy).

Souhlasím, aby v případě potřeby (např. úraz vyžadující hospitalizaci dítěte) bylo dítě ošetřeno ve zdravotnickém zařízení, 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:** .....