



Příloha k Prohlášení o bezinfekčnosti a zdravotní souhlas

Akce: Jarní dětský tábor

organizace: Lagunino, z. s.

Termín akce: od 13. 4. 2020 do 20. 4. 2020

místo konání akce: Malta

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:

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

Svým podpisem souhlasím s pravidelnými fyzickými prohlídkami výše jmenovaného dítěte zdravotníkem na výskyt parazitů: veš dětská (vlasatá část hlavy) a klišťe obecné (celé tělo), dále souhlasím s tím, že v případě nálezů vší dětské budou výše jmenovanému dítěti ošetřeny vlasy volně prodejnými prostředky určenými k hubení vší dětské a v případě nálezů klišťe obecného bude toto odstraněno.

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, uvedu tuto skutečnost v jeho přihlášce.

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, 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 tělo dítěte volně prodejnými barvami k tomu určenými (barvy na obličej, barvy na tělo, maskovací barvy).

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Datum:.....

Podpis zákonného zástupce: