



## Příloha k Prohlášení o bezinfekčnosti a zdravotní souhlas

**Akce:** Příměstský kreativní LDT

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

**Termín akce:** od 13. 7. 2020 do 17. 7. 2020

**místo konání akce:** Libčice nad Vltavou

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

**Kontaktní osoba 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:

NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU: .....

RÁNO	POLEDNE	VEČER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU: .....

NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU: .....

NÁZEV LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU: .....

**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 pravidelnými 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 v případě nálezu klíštěte 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.

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 dočasněho 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:** .....