Lagunino, z. s.
IČ: 07501935
Velvarská 157, 273 26 Olovnice

Příloha k Prohlášení o bezinfekčnosti a zdravotní souhlas

Akce: Letní dětský tábor **organizace:** Lagunino, z. s.

Termín akce: od 6. 8. 2022 do 13. 8. 2022 **místo konání akce: Stěžov**

Jméno dítěte: _____ Datum nar.: _____

Kontaktní osoba v pro případ nouze: _____ Telefon: _____

Známé 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: ……	☐	☐	☐
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 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 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, 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 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 dočasného 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.
Souhlasím, aby bylo dítě testováno na SARS-CoV-2 (zdravotníkem akce, či třetí stranou) v případě, že je to nutné pro bezpečný průběh akce, či v případě, že je to vyžadováno orgánem ochrany veřejného zdraví či orgánem veřejné moci.

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ……

Datum: …… **Podpis zákonného zástupce: ……**