



Příloha k Prohlášení o bezinfekčnosti a zdravotní souhlas

Akce: Expedice VÝCHOD 2024

organizace: Lagunino, z. s.

Termín akce: od 14. 6. 2024 do 23. 6. 2024

místo konání akce: Evropa

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:

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 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 nálezů vši dětské budou výše jmenovanému dítěti ošetřeny vlasy volně prodejnými prostředky určenými k hubení vši dětské a v případě nálezů klíště 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 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: