## Prohlášení zákonných zástupců dítěte - bezinfekčnost

Prohlášení musí byt vyplněno a datováno v den odjezdu a dítě je odevzdá spolu s potvrzením o Zdravotní způsobilost dítěte a průkazem zdravotní pojišťovny.

Prohlášení o bezinfekčnosti Nesmí být starší než 1 den!

Prohlašuji, že moje dítě: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

narozené dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

trvale bytem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nepřišlo v posledních třech týdnech před nástupem na tábor do styku se zdrojem přenosné nemoci a ani mu nebylo uloženo karanténní opatření obvodním nebo dětským lékařem. Prohlašuji, že obsah tohoto prohlášení odpovídá skutečnosti.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt na zákonného zástupce dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání tábora.

1. od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UPOZORNĚNÍ zákonných zástupců dítěte:

Alergie na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Užívání léků (název) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doba užívání \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Platí pouze pro Příměstské tábory:**

Prohlášení zákonného zástupce k odchodu dítěte z tábora:

Souhlasím / nesouhlasím s tím, že mé dítě bude po ukončení aktivit příměstského tábora chodit domů samostatně.

Osobou, která bude dítě vyzvedávat je: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osobou, která bude dítě vyzvedávat je: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Současně sděluji, že je mi známo, že každý účastník podléhá táborovému řádu a podrobuje se ve všem pokynům vedoucích. Nedodržení táborového řádu může mít za následek i vyloučení z tábora.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zde prosím nalepte kopii obou stran karty zdravotní pojišťovny Vašeho dítěte: