



Potvrzení zákonných zástupců o bezinfekčnosti a plná moc

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

Adresa trvalého pobytu dítěte:

Prohlašuji, s vědomím možných právních následků v případě nepravdivosti tohoto tvrzení, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti karanténní opatření. Není mi taktéž známo, že by v posledních dvou týdnech přišlo mé dítě do styku s osobami, které onemocněly infekční nemocí (např. COVID19, vši aj.). V případě, že odpovědný pracovník tábora zjistí, že dítě vykazuje známky akutního onemocnění, bude se provozovatel řídit Smluvními podmínkami bodem 10.2., který zakazuje takové dítě na tábor přijmout, a to do chvíle úplného vyléčení takových příznaků.

1. Prohlašuji, že mé dítě nemá vši ani hnidy. V případě, že odpovědný pracovník tábora u dítěte vši nalezne, bude se provozovatel řídit smluvními podmínkami bodem 10.2., který zakazuje takové dítě na tábor přijmout, a to do chvíle úplného odstranění tohoto omezení.
2. K momentálnímu zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto důležité a akutní skutečnosti (kterých jsem si nebyl vědom v době vyplňování předběžné přihlášky (alergie, jiná zdravotní omezení), v případě užívání léků uveďte název a jejich dávkování:

3. Souhlasím, aby mé dítě bylo po dobu pobytu na táboře v případě akutního onemocnění či úrazu bez mé přítomnosti:
 - a. odvezeno osobním automobilem či jiným vhodným dopravním prostředkem (např. autobus, vlak) k lékaři za účelem ošetření a zpět do tábora,
 - b. hospitalizováno a propuštěno z hospitalizace pouze se souhlasem odpovědného výchovného pracovníka
4. Žádám, abych byl/a bezodkladně o informacích v bodě 3a. a 3b. tohoto potvrzení informován/a odpovědným výchovným pracovníkem
5. Prohlašuji, že toto potvrzení není starší než 24 hodin před začátkem konání dětského tábora.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Kontakt na zákonného zástupce během konání tábora (tel.č.):

V dne

Podpis zákonného zástupce: