

Nástupní list dítěte do tábora DNS Dunajek (odevzdat při nástupu dítěte do tábora)

Příjmení a jméno dítěte: _____ datum narození: _____

Bydliště: _____ zdravotní pojišťovna _____

Kontakt na rodiče či osobu blízkou, které během tábora (při mimořádně nutném případě) podáme zprávu:

Jméno a příjmení: _____ vztah k přihlášenému: _____

tel. číslo na něž bude uvedena osoba k zastižení: _____

Jméno a příjmení: _____ vztah k přihlášenému: _____

tel. číslo na něž bude uvedena osoba k zastižení: _____

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že mé dítě je způsobilé zúčastnit se letního soustředění s DNS Dunajek v termínu 19. 7.- 26. 7. 2026.

Prohlašuji ve smyslu § 9 odst. 1, zákona č. 258/2000 o ochraně veřejného zdraví v platném znění, že ošetřující lékař nenařídil výše jmenovanému dítěti, které je v mé péči, změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření.

Prohlašuji, že v posledních 14 dnech před odjezdem na letní soustředění nepřišlo dítě do styku s osobami nemocnými infekčním onemocněním nebo podezřelými z nákazy a ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Dále prohlašuji, že dítěti byl bezprostředně před nástupem na letní soustředění pečlivě zkontrolován vlasový porost a nebyla zjištěna přítomnost vši dětské ani živých či mrtvých hnid. Pokud zjistí zdravotník tábora výskyt vši u dítěte, zajistí si zákonný zástupce odvěšvení dítěte. Návrat do kolektivu tábora je možný až po důkladném odvěšvení. Při neúčasti na letním soustředění z důvodu výskytu vši u dítěte, nemá zákonný zástupce nárok na vrácení platby.

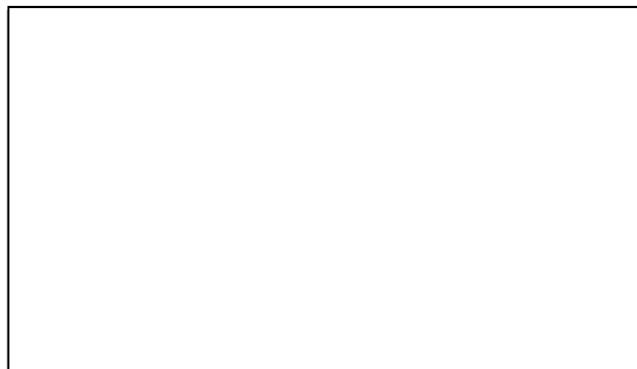
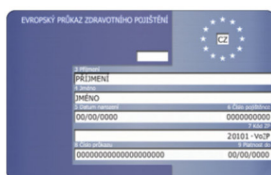
Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

U svého dítěte upozorňuji na: _____

V Křižanově 19. 7. 2026

Podpis zákonného zástupce: _____

Místo pro nalepení kartičky pojištěnce:
vzor:



Dítě je (zaškrtněte):

- ☐ PLAVEC
☐ NEPLAVEC

Dítě bude na táboře užívat tyto léky:

Upozorňuji táborového zdravotníka na nutnost brát zřetel na obtíže dítěte (např. astma, alergie, zdravotní omezení):

ALERGIE: _____

Ostatní omezení: _____

Souhlasím s tím, že osobní údaje dítěte budou použity pro potřeby pořadatele tábora a posléze archivovány dle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobní údajů.

Veškeré léky, které dítě užívá, musí zákonný zástupce odevzdat při příjezdu do tábora zdravotníkovi a informovat ho o jejich užívání. Vezeme s sebou plně vybavenou lékárnu, která odpovídá zákonným normám, takže zde máme dostatečné vybavení analgetiky, antihistaminiky apod. Toto nařízení ukládá vyhláška č. 148/2004 Sb., o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti.

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého „pacienta“ určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách opravnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého „pacienta“ od poskytovatele zdravotních služeb.

Oprávněné osoby: Bc. Holacká Lenka, DiS., táborový zdravotník, , Polní 625, 69185 Dolní Dunajovice
Marcela Kurucová, DiS., hlavní vedoucí tábora, R.A. 27, 69185 Dolní Dunajovice

Současně určuji, že tyto osoby mají právo být přítomny při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem uvedené přečetl(-a), všemu porozuměl(-a) a pravdivě vyplnil(-a)

V Křižanově dne 19. 7. 2026

Podpis zákonného zástupce/zástupců: _____
