

LETNÍ KEMP TENISOVÉ ŠKOLY MS GEM

Souhlas s doprovodem dítěte k lékaři

Souhlasím, aby po dobu účasti mého dítěte na letním táboře v termínu od _____ k lékaři moje dítě doprovázel a obdržel informace o jeho zdravotním stavu zdravotník zotavovací akce / vedoucí tábora.

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Prohlašuji, že souhlasím s poskytnutím svého telefonního čísla a následujících osobních údajů svého dítěte s vědomím toho, že nebudou poskytnuty třetí osobě:

Telefonní číslo:

Jméno a příjmení dítěte:

Zdravotní pojišťovna:

Datum narození:

Bydliště:

Dále souhlasím s případným uveřejněním fotografií, pořízených během konání akce, na nichž je mé dítě, s vědomím toho, že zůstanou anonymní.

Upozornění pro organizátory akce (lze proškrtnat)

Mé dítě užívá následující léky:

Mé dítě trpí následujícími alergiemi či omezeními:

Jiné, specifické potřeby mého dítěte:

Po skončení tábora dítě může odcházet samostatně domů:

ANO **NE** (nepravdivé škrtněte.)

Prohlášení zákonných zástupců dítěte (bezinfekčnost)

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

„Prohlašuji, že mé dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. horečka nebo průjem, kašel). Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních 14 kalendářních dnech před konáním letního kempu tenisové školy MS GEM do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.“

V

Dne

.....
Jméno a podpis zákonného zástupce

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na letním kempu TŠ MS GEM

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno (jména) a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého bydliště nebo jiného pobytu:

Část A) Mé dítě, posuzované k účasti na zotavovací akci (nehodící se škrtněte)

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky / s omezením (konkrétně.:

Posudek je platný 2 roky od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B) Potvrzení o tom, že mé dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh).....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
- d) je alergické na
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

Poučení:

Části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno (jména) a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k dítěti:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....
Podpis oprávněné osoby

.....
Datum vydání posudku

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře