|  |
| --- |
| **Nástupní list dítěte ze dne odjezdu na tábor** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *jméno a příjmení dítěte* |  | *datum narození* |  |
| *trvalé bydliště* |  |

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a orgán ochrany veřejného zdraví (hygienik) ani ošetřující lékař mu ani jiné osobě žijící ve společné domácnosti nenařídil karanténní opatření. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí nebo které byly podezřelé z nákazy. Dítě je schopno účasti na soustředění.

Beru na vědomí, že pořádající osoba má povinnost zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví všech účastníků během konání tábora. že pořádající osoba má povinnost zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví

Jsem si vědom/a, že je mou povinností informovat pořádající osobu o změně zdravotní způsobilosti a zdravotních obtížích dítěte (např. alergie, dieta, léky, intolerance), zahrnující i povinnost předložit příslušné odborné vyjádření lékaře.

Upozorňuji také táborového zdravotníka na nutnost brát zřetel na některé obtíže mého dítěte (např. astma, alergie, užívané léky apod.):

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka soustředění a hl. vedoucího soustředění ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte ze soustředění a po předložení dokladu o zaplacení poplatku, tato ošetření uhradit.

|  |
| --- |
| **Určení oprávněné osoby dle zákona o zdravotních službách** |
| 1. Jako zákonný zástupce nezletilého určuji a zplnomocňuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněné osoby Jarmilu Poljakovou zdravotnici soustředění nebo Janu Kollandovou hlavní vedoucí soustředění, které mají právo na informace o zdravotním stavu nezletilé/ho po dobu letního soustředění v SLŠ a SOU Křivoklát, Písky v termínu od doby nástupu 19. 7. do doby odjezdu 2. 8. 2025 včetně.
2. Současně určuji, že tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace a mají právo být přítomni při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu umožňuje.
3. Dále rodič bere na vědomí a souhlasí, že v případě potřeby budou veškerá nezbytná ošetření a zákroky provedena kontaktním lékařem v místě, případně v nemocnici v Pelhřimově.
4. Oprávněná osoba – odborní zdravotničtí pracovníci v místě poskytnutí nezbytného zdravotního ošetření.
 |
| Souhlasím s převozem dítěte osobním automobilem v případě nutnosti (např. k lékaři). |

Zde nalepte fotokopii průkazu

pojištěnce zdravotní pojišťovny

nebo zdravotníkovi i tento průkaz

při nástupu dítěte na soustředění

odevzdejte

**Místopřísežně prohlašuji, že údaje uvedené na nástupním listu odpovídají skutečnosti k dnešnímu dni. Jsem si vědom/a právních důsledků, pokud by údaje nebyly pravdivé.**

|  |
| --- |
| Kontakt na rodiče/odpovědného právního zástupce: |
| Jméno: | Telefon: |
| Adresa: |  |
| Jméno: | Telefon: |
| Adresa: |  |

V SLŠ a SOU Křivoklát dne 19.7.2025 podpis…………………………………**rodičů odičů ze dne**

**Odevzdejte hlavnímu vedoucímu při nástupu dítěte na soustředění!**

Bez nástupního listu nebude dítě na soustředění přijato!