

ZDRAVOTNÍ KARTA ÚČASTNÍKA LHŠ

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa včetně PSČ:

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil shora uvedenému změnu režimu, účastník nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že účastník LHŠ přišel v posledních dvou týdnech do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Vzhledem k epidemiologické situaci prohlašuji, že účastník nemá další příznaky infekce COVID-19, tj. kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti, čichu atd. Zároveň beru na vědomí že podle zákona je pořadatel povinen v případě výskytu COVID 19 akci okamžitě ukončit a rodiče jsou povinni si dítě okamžitě odvézt.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem v den příjezdu na LHŠ provedl důkladnou prohlídku vlasů účastníka a to s negativním nálezem vši, či jejich zárodků.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě mohly postihnout, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Dále prohlašuji, že účastník LHŠ není po úraze ani mu nebyla nařazena poúrazová léčba. Ke zdravotnímu stavu uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti (např. astma; cukrovka; epilepsie; alergie na pyl / hmyzí bodnutí / potraviny / léky; psychické problémy; únik moči; užívané léky; náchylnost na nevolnost, bolesti hlavy, krvácení z nosu atd.):

Souhlasím s tím, aby se uvedený účastník LHŠ pod dozorem dospělé osoby koupal v bazénu.

Jsem si vědom(a), že neúplností zde uvedených informací mohu provozovateli LHŠ způsobit vážné problémy. Prohlašuji, že v případě vážných zdravotních problémů účastníka LHŠ zajistím jeho odvoz nejpozději do 24 hodin. Pro případy nutné komunikace organizátorů s rodiči / zákonným zástupcem uvádím tato telefonická spojení (náhradní spojení) a prohlašuji, že budou po dobu konání LHŠ platná:

Telefon:

Náhradní telefon:

Dávám tímto souhlas s tím, aby organizátor LHŠ jako správce zpracoval v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů zde uvedené osobní údaje. Správce může tyto údaje používat výhradně v rozsahu nutném pro svoji činnost. Souhlas uděluji na dobu neurčitou a jsem si vědom(a), že jej mohu kdykoli odvolat.

**Jako přílohy přikládám: "Kopii kartičky zdravotní pojišťovny"
a "Kopii lékařského potvrzení" (originál si prosím ponechte - platí 2 roky)**

V _____ dne _____

podpis rodičů / zákonného zástupce v den odjezdu dítěte na LHŠ