**HEALTH FORM PRO TÁBOROVÉHO ZDRAVOTNÍKA**

Jméno dítěte: ............................................................................................. Rodné číslo: ............................................

Podle záznamů pediatra uvádím, že dítě prodělalo tyto choroby :

.........................................................................................................…………..............…................……………........

...........................................................................................................................................................……....................

V souladu se zdravotními předpisy, že do hromadných zotavovacích táborů mohou být zařazeny pouze děti zdravé, nevyžadující zvláštní péči, rozhoduji závazně, že dítě

**může**  **-**  **nemůže**

být umístěno na dětském táboře.

Poslední očkování proti tetanu: ..….../........../ .…......

Zdravotní pojišťovna:.......................................………………….

Poznámky, omezení, léky, alergie: Dítě bere tyto léky, které předávám:

**název léku: dávkování:**

……………………………………………………………… …………………………………………………................

……………………………………………………………… …………………………………………………...............

……………………………………………………………… …………………………………………………...............

..........................................................................................................................................................................................................................................................…………………………..............................................................................

Datum : ...................................

 ..................................................................

 Razítko, jmenovka a podpis lékaře

Vyplněný a lékařem potvrzený „Health Form“ spolu s **kopií průkazu pojištěnce** přineste k odjezdu autobusu.

Datum : ...................................

 ..................................................................

 Razítko, jmenovka a podpis lékaře

Vyplněný a lékařem potvrzený „Health Form“ spolu s **kopií průkazu pojištěnce** přineste k odjezdu autobusu.

**P R O H L Á Š E N Í O B E Z I N F E K Č N O S T I**

 **(nesmí být starší než jeden den)**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti ............................................................................................nar...............................

bytem : ................................................................................................................................................

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se letního tábora od .......................... do .........................

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

V ………….. dne ....................201\_

 ..............................................................................

 Podpis zákonného zástupce dítěte

**P R O H L Á Š E N Í R O D I Č Ů**

Prohlašuji, že dítě ..........................................................................................................nar..................................................

nemá ve svých osobních věcech, které na tábor přiváží žádné alkoholické nápoje, ani žádné návykové a psychotropní látky.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé. **Bereme na vědomí, že každý účastník podléhá táborovému řádu a podrobí se ve všem pokynům vedení tábora. Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora. V případě vyloučení odveze rodič dítě z tábora na vlastní náklady.**

V případě lékařského vyšetření, či hospitalizace dítěte, rodič souhlasí s poskytnutím informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu a zdravotníkovi letního tábora.

Kontaktní adresa a telefon, kde budou rodiče v době konání tábora:

**adresa: telefon:**

……………………………………………………………… ………………………………………………..................

V …............……….. dne ........................201\_

 ..............................................................................

 podpis zákonného zástupce dítěte

Zde nalepit kopii kartičky zdravotní pojišťovny: