

Vážení rodičia, prosíme Vás o vyplnenie nasledujúcich formulárov, ktoré sa týkajú zdravotného stavu Vášho syna/dcéry. Bez týchto potvrdených tlačív nie je možný nástup dieťaťa do tábora.

Vyplní rodič – v deň nástupu do tábora.

Vyhlásenie rodiča (zákonného zástupcu) o bezinfekčnosti

(v súlade s § 4 vyhlášky č. 526/2007 Z.z. o požiadavkách na zotavovacie podujatie)

MENO A PRIEZVISKO dieťaťa:

VEK:

NÁZOV POISŤOVNE:

BYDLISKO:

TELEFONICKÝ KONTAKT: Otec:

Matka:

Vyhlasujem, že moja dcéra / môj syn neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, žeby dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový, zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Zároveň vyhlasujem, že dieťa nejaví príznaky infekcie COVID-19, t. j. zvýšená teplota, kašeľ, dýchavičnosť atď. a v priebehu 14 dní pred odchodom neprišlo do styku s osobou chorou na toto infekčné ochorenie, alebo podozrivou z nákazy a ani jemu, ani inému príslušníkovi rodiny, žijúcemu s ním v spoločnej domácnosti, nie je nariadené karanténne opatrenie.

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa

Meno, priezvisko, podpis zákonného zástupcu :

.....

Pri nástupe odovzdáte zdravotníkovi: všetky užívané lieky /predpísané aj kupované/ na dobu trvania tábora vo vrecúšku označenom menom dieťaťa s popisom užívania liekov.

POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa:

Závažné ochorenia – priedušková astma, epilepsia, cukrovka, ochorenia krvi, obličiek, močového mechúra, gynekologické ochorenia, poruchy trávenia, iné

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

Alergické ochorenia – potraviny, lieky, alergia na prach, peľ, kožné alergie /napr. po opaľovaní/, alergická reakcia na uštipnutie /hmyzom, hadom/ - ak áno, aký je priebeh /dýchavica, triaška, opuch hrtana, zdurení uzlín, strata vedomia a pod./ a ako bol tento stav liečený, iné alergie

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

Pohybová aktivita: - bez obmedzenia - s obmedzením /beh, skoky, dlhé turistické trasy.../ -
plavec / neplavec

Stravovanie: špeciálna diéta * - bez obmedzenia

špeciálna diéta:

Posledné prekonané ochorenie – aké, kedy:

Poznámky:

Dieťa dlhodobo užíva tieto lieky: NÁZOV DÁVKOVANIE GRAMÁŽ

.....
.....

Dátum:

Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára: