**PROHLÁŠENÍ RODIČŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE, SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ, PŘEVOZEM DÍTĚTE OSOBNÍM AUTOMOBILEM V PŘÍPADĚ NUTNOSTI, S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU NEZLETILÉHO DÍTĚTE ZDRAVOTNÍKOVI TÁBORA**

jméno, příjmení dítěte: ...................................................................................................................................................

datum narození: ………………......................................................................................................................................

bydliště: .........................................................................................................................………………………………

tel. číslo: ……………………………………………………………………………………………………………….

zdravotní pojišťovna: ……………….………………………………………………………………………………....

číslo pojištěnce: ……………………………………………………………………………………………………….

Prohlašuji, že dítě je zdravotně způsobilé k účasti na táboře. Zároveň upozorňuji vedení oddílu a oddílového zdravotníka na:

zdravotní problémy: …………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………… ................................................................................................................

alergie: ............................................................................................................................................................................……........................................................................................................................................................................................................

další zdravotní omezení: ..............................................................................................................................................…......................................................................................................................................……………………………… …………..…………………….

užívané léky (název léku, jak a kdy a na co se lék užívá): ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .............................................. ................................

 tělesné a plavecké schopnosti: ……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….………………………………………….………………………………………….……………..

**KONTAKTNÍ ÚDAJE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE V DOBĚ KONÁNÍ TÁBORA**

jméno otce………………………………………………., tel. číslo: ……………………………………………………

jméno matky: ………………………………………….., tel. číslo: …………………………………………………….

Kontakt na zákonného zástupce dítěte dosažitelného v době konání tábora:

jméno a příjmení:………………………………………………………………………………...

adresa:…………………………………………………………………………………………….

tel. číslo: ………………………………………………………………........................................

Souhlasím s podáváním základních léků (léky nevyžadující předpis) dítěti v případě nutnosti pověřenou osobou s kvalifikací ZZA (zdravotník zotavovacích akcí), nebo v případě nouze jinou pověřenou dospělou osobou.

V případě, že má dítě užívat léky jiné, informuje o tom rodič zdravotníka při příjezdu dítěte na tábor. Léky nejlépe zdravotníkovi odevzdat zabalené v sáčku se jménem dítěte a pokyny k užívání.

Souhlasím s převozem dítěte osobním automobilem v případě nutnosti.

V době konání skautského letního tábora souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení §31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a to příslušnému zdravotníkovi skautského letního tábora, nebo jím pověřené osobě. Zároveň souhlasím s přítomností táborového zdravotníka, či jím pověřené osoby, jako doprovodu u případného lékařského vyšetření či ošetření mého dítěte. Také souhlasím s předáním dítěte, po jeho vyšetření či ošetření, zdravotníkovi tábora, nebo jím pověřené osobě (např. vedoucímu aj.)

zdravotník tábora: Monika Merglová, nar. 25. 4. 1996 a její zástupce Eliška Vomáčková, nar. 19. 4. 1998.

V .................................. dne.......................... ........

Podpis zákonného zástupce dítěte ze dne odjezdu na tábor

……………………………………………....