**Prohlášení o bezinfekčnosti**

Jméno dítěte .............................................................................................

Datum narození .............................................................................................

Bydliště .............................................................................................

Jméno a příjmení zák. zástupce …………………………………………………………………………

Telefon ............................................................................................

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno zúčastnit se letního tábora integrovaného záchranného systému v termínu 13. 7. 2025 - 26. 7. 2025. Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

**Upozornění (prohlášení) zákonného zástupce dítěte**

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení) a nutnost braní léků, které mohou ovlivnit jeho účast na táboře a nebyly uvedeny ošetřujícím lékařem:

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

Dítě trpí na tyto alergie, popřípadě upozorňuji na odlišnosti ve stravovacích návycích:

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

Současně potvrzuji, že je mi známo, že každý účastník tábora podléhá táborovému řádu a respektuje všechny pokyny vedoucích. Dále jsem vzal na vědomí, že návštěvy rodičů na táboře nejsou doporučeny z výchovných a především z hygienických a zdravotních důvodů.

**1) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM \***

aby zdravotník činný na táboře integrovaného záchranného systému mohl v průběhu konání tábora nahlížet do zdravotní dokumentace mého dítěte a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace a zároveň mu mohou být sdělovány informace o zdravotním stavu dítěte.

**2) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM \***

s poskytnutím zdravotních služeb mému dítěti podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to k poskytnutí zdravotních služeb, které nemohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života.

**3) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM \***

aby kvalifikovaný zdravotník činný na táboře integrovaného záchranného systému mohl v případě potřeby podat mému dítěti volně prodejné léky s výjimkou těchto:

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

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

**4) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM \***

s použitím fotografií a videí z tábora IZS, na kterých je zachyceno mé dítě, pro propagační a prezentační účely tábora pořádajícího spolkem STRÁŽCI z.s.

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

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

podpis zákonného zástupce