

Toto prehlásenie nesmie byť staršie ako jeden deň, pred nástupom dieťaťa na pobyt.

Vyhľásenie zákonného zástupcu o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Diet'a:

Meno a priezvisko dieťaťa:.....

Dátum narodenia dieťaťa:.....

Adresa trvalého pobytu dieťaťa:.....

Zákonný zástupca*:

Meno a priezvisko:.....

Adresa trvalého bydliska:.....

Telefónne číslo:.....

Vyhlasujem, že:**

Diet'a je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter zotavovacieho podujatia

Áno

Nie

Diet'a pravidelne užíva lieky.

Áno

Nie

Ak áno, aké (názov lieku, dávkovanie a frekvencia užívania lieku):

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

Diet'a má potravinovú intoleranciu

Bezlaktózová

Bezlepková

Histamínová

Iná

Ak má inú potravinovú intoleranciu, akú:

.....
.....

Diet'a neprejavuje príznaky akútneho ochorenia

Diet'a nemá nariadené karanténne opatrenia alebo zákonného zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa počas predchádzajúcich 14 dní, k dňu odchodu na zotavovacie podujatie prišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie, alebo osobou podozrivou z nákazy prenosným ochorením.

- Podľa informácií dostupných zákonnému zástupcovi, žiadna z osôb, s ktorými dieťa žije v spoločnej domácnosti, neprišla v priebehu posledných 14 dní do styku s osobami, ktoré prekonali prenosné ochorenie.

Ak viete o iných zdravotných skutočnostiach týkajúcich sa Vášho dieťaťa (napríklad alergie na lieky, iné alergie atď.), napište aké:

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

Som si vedomý(á), že pri zmene zdravotného stavu dieťaťa a prejave príznakov prenosného ochorenia (napríklad zvýšená teplota, vracanie, hnačka) sa dieťa nemôže zúčastniť zotavovacieho podujatia.

Čestne prehlasujem, že som nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave dieťaťa.

Že dieťa netrpí:

- **Epilepsia** - dieťa sa nemôže zúčastniť pobytu. Resp. dieťa sa môže zúčastniť pobytu, len za prítomnosti zákonného zástupcu.
- **Hemofília** – dieťa sa nemôže zúčastniť pobytu vôbec, pretože intervencia pre zastavenie krvácania prekračuje kompetencie zdravotníka na letných táborkoch.
- **Diabetes mellitus I. stupňa** - ak si zdravotný stav vyžaduje nepretržitý dozor, podávanie inzulínu, či nepretržitú kontrolu cukru v krvi - dieťa sa môže zúčastniť pobytu, len za prítomnosti zákonného zástupcu.
- **Diabetes mellitus II. stupňa** – ak je novo-diagnostikovaný a hrozí u dieťaťa, že by mohlo u neho dôjsť k dekompenzácií zdravotného stavu.
- **Psychické poruchy** - ak je dieťa psychiatickým pacientom, je potrebné predložiť rodičom potvrdenie od psychológov/psychiatra, že je dieťa spôsobilé na pobyt v kolektíve.

V dňa

(meno, priezvisko a podpis zákonného zástupcu)

* Rodič, iná fyzická osoba ako rodič, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, poručník, opatrovník alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, výchovné opatrenia, neodkladné opatrenia alebo ochranná výchova, výkon väzby, výkon trestu odňatia slobody alebo výkon detencie.

** Správnu možnosť označte X