**TÁBOROVÁ PROHLÁŠENÍ A SOUHLASY**

**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI ÚČASTNÍKA TÁBORA (dále jen „Prohlášení o bezinfekčnosti“)**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil účastníkovi tábora, mému dítěti ……………………………………………….…………….

(rodné číslo: ………………………………………………) změnu režimu, uvedená osoba nejeví známky akutního onemocnění (průjem, zvýšená teplota atd.), neprojevují se u ní a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky infekčního onemocnění (horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.) a hygienik ani ošetřující lékař jí nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišla tato osoba do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s vymezením osob s rizikovými faktory (viz níže) a s doporučením, abych zvážil(a) tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na táboře.

V den odjezdu na tábor byla u mého dítěte naměřena teplota ....................................

Uvedená osoba je schopna se zúčastnit skautského tábora 2. oddílu skautů a 2. roje světlušek u Hrotovic v termínu 4. – 18. 7. 2020.

Beru na vědomí, že v případě výskytu infekce nemoci covid-19 na táboře, bude tento tábor ukončen. Pak jsem povinen zajistit, osobně či pověřenou osobou, odvoz výše uvedeného účastníka z tábora domů a

následně se řídit pokyny hygienika a ošetřujícího lékaře. V případě ukončeného tábora si jsem vědom(a), že nemohu očekávat vrácení celého táborového poplatku, ale maximálně dosud nevynaložené části (což s ohledem na fixní náklady tábora nemusí odpovídat poměrné části za nerealizované dny).

Kontakt, funkční v době konání tábora, pro případ nutnosti bezodkladného návratu účastníka domů: jméno a příjmení: …………………………………………………………………………… telefon: …………………………………………

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto moje prohlášení bylo nepravdivé.

V …………………………………

dne ………………………………

……………………………………………………………………… *(podpis zákonného zástupce účastníka nebo podpis dospělého účastníka, ze dne odjezdu na tábor)*

**Ministerstvo zdravotnictví ČR stanovilo následující rizikové faktory:**

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.

2. Chronické onemocnění plic (zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.

3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.

4. Porucha imunitního systému, např.

a) při imunosupresivní léčbě (steroidy, HIV apod.),

b) při protinádorové léčbě,

c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,

5. Těžká obezita (BMI nad 40 kg/m2).

6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.

7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (dialýza).

8. Onemocnění jater (primární nebo sekundární).

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.

**SOUHLAS S PŘEPRAVOU VOZIDLEM (dále jen „Souhlas s přepravou“)**

pro účely: Skautského tábora 2. oddílu skautů a 2. roje světlušek Třebíč, léto 2020, k. ú. Hrotovice

Souhlasím s tím, aby mé dítě:

Jméno, příjmení: ……………………………………………………………,

rodné číslo: ……………………………………, bydliště: …………..…………………………………………………………………….

bylo během tábora v rámci táborových aktivit, ze zdravotních důvodů, apod., převezeno vozidlem, které slouží k provozu tábora.

**SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ (dále jen „Souhlas s podáváním léků“)**

pro účely: Skautského tábora 2. oddílu skautů a 2. roje světlušek Třebíč, léto 2020, k. ú. Hrotovice

Souhlasím s tím, aby mému dítěti:

Jméno, příjmení: ……………………………………………………………,

rodné číslo: ……………………………………, bydliště: …………..…………………………………………………………………….

byl v případě potřeby podán volně prodejný lék z níže uvedených lékových skupin:

**-**přípravky proti teplotě a bolestem (antipyretika, analgetika)

**-** tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem (antiemetika)

**-** přípravky k užití při průjmu

**-** přípravky proti kašli (antitusika, expektorancia)

**-** kloktadlo pro dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hltanu (stomatologika)

**-** oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem, oční voda na výplach očí (oftalmologika)

**-** mast nebo gel při poštípaní hmyzem (lokální antihistaminika)

**-** tablety při systémové alergické reakci (celková antihistaminika)

**-** přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran

**-** inertní mast nebo vazelína

Léky bude podávat osoba s kvalifikací Zdravotník zotavovacích akcí nebo v případě nouze, nepřítomnosti apod. jiná pověřená dospělá osoba.

**PROHLÁŠENÍ O ODEVZDÁNÍ LÉČIV ZDRAVOTNÍKOVI (dále jen „Prohlášení o léčivech“)**

pro účely: Skautského tábora 2. oddílu skautů a 2. roje světlušek Třebíč, léto 2020, k. ú. Hrotovice

Prohlašuji, že jsem veškeré léky užívané, byť i nepravidelně, mým dítětem:

Jméno, příjmení: ……………………………………………………………,

rodné číslo: ……………………………………, bydliště: …………..…………………………………………………………………….

odevzdal/a zdravotníkovi tábora při předání dítěte na tábor.

Jedná se o následující léky s následujícím dávkováním:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Souhlasím s tím, že uvedené léky budou zdravotníkem akce dítěti podávány dle uvedeného množství a dávkování. Jako zákonný zástupce dítěte nesu plnou zodpovědnost za předané léky, jejich výběr, stanovení dávkování, stav, množství, expiraci, apod. Současně prohlašuji, že žádné léky nemá dítě u sebe.

**SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE VEDOUCÍMU: (dále jen „Souhlas s poskytováním informací“)**

V době konání letního tábora skautů a světlušek u Hrotovic, tj. od 4. 7. 2020 do 18. 7. 2020 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu

mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery ………………………………………… (jméno a příjmení), nar. …………………….  
ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

Vojtěchu Bobkovi, nar. 5. 4. 1996, bytem Nerudova 64, Třebíč 674 01,

Marii Bobkové, nar. 1.11.1993, bytem Obránců míru 489/20, Třebíč 674 01,

Anně Paločkové, nar. 21. 12. 1995, bytem Na Svahu 919/17, Třebíč 674 01,

Marku Karasovi, nar. 15. 5. 1998, bytem Horní 12/119, Třebíč 674 01.

Tento souhlas uděluji na dobu neurčitou, mohu jej však kdykoliv odvolat.

Svým podpisem stvrzuji Souhlas s podáváním léku, Souhlas s přepravou, Prohlášení o léčivech, Souhlas s poskytováním informací.

V ………………… dne………………………

Podpis zákonného zástupce nezletilého:

………………………………

příjmení, jméno

**Při nástupu do autobusu mějte prosím připravený tento dokument (sešitý sešívačkou dohromady), kopii karty zdravotní pojišťovny a případné léky Vašeho dítěte.**