

# PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI DÍTĚTE

## Písemné prohlášení zákonných zástupců

# PLNÁ MOC

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti .....,

narozenému ....., bytem ..... změnu režimu.

Prohlašuji

a) že dítě nejvíe známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), vzhledem k epidemiologické situaci, se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.

b) ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Dítě je schopno zúčastnit se XXVI. letního hudebního tábora ZUŠ Němčice nad Hanou v termínu od 21.08.2021 do 30.08.2021 v rekreačním středisku RETASO spol. s r. o., Horní Bečva č. 0240, 756 57 Horní Bečva. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

### Upozornění

Na projektu je nutno dodržovat školní řád a je zakázáno požívání alkoholických nápojů a jiných omamných látek osobám mladším 18 let. V případě, že účastník zákaz poruší, může být z projektu vyloučen.

V ..... dne 21.08.2021 .....  
podpis zákonných zástupců

Umí dítě plavat?

Léky, které dítě užívá:

Důvod užívání:

Hodina užívání:

Způsob dávkování:

Telefonní spojení na rodiče v době pobytu dítěte na akci:

Já níže podepsaná/ý – zmocnitel (rodič)

**OTEC:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

**MATKA:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

**ZMOCŇUJI**

Pana/paní – zmocněnec (pedagog):

Jméno a příjmení: Jana Veselá, zdravotník letního hudebního tábora

K mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb níže uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách, zejména, aby za mne přijímal/a informace o zdravotním stavu nezletilé/nezletilého, dále informace o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, a aby za mne uděloval/a souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému/nezletilé apod.

Nezletilé dítě:

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Tato plná moc je platná od 21.08.2021–30.08.2021

V ..... Dne .....

zmocněnec (pedagog)

zmocnitel (rodič)