

# Nástupní list dítěte (bezinfekčnost)

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

## **A) Zdraví**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu.

a) že dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) nejeví 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 (nebo jiná osoba přítomná na akci) 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.

c) dítě nemá vši ani hnidy, v případě nalezení vši nebo hnid takové dítě nebude na tábor přijato

Beru na vědomí, že pořádající osoba má povinnost zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví všech účastníků během konání tábora. Beru na vědomí, že nečinnost pořádající osoby nebo vedoucích a pracovníků tábora není v případě úrazů a náhlých onemocnění žádoucí. Jsem si vědom, že je mou povinností informovat pořádající osobu o změně zdravotní způsobilosti a zdravotních obtížích dítěte (např. alergie, dieta, léky), zahrnující i povinnost předložit příslušné odborné vyjádření lékaře.

Prohlašuji, že údaje uvedené na nástupním listu odpovídají skutečnosti k dnešnímu dni. Jsem si vědom/- a právních důsledků, pokud by údaje nebyly pravdivé. Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka tábora a hl. vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti.

Upozorňuji táborového zdravotníka na nutnost brát zřetel na obtíže mého dítěte – doplňte, prosím obtíže neuvedené lékařem (např. alergie, astma, psychické problémy, fobie, bolesti hlavy, bolesti břicha, menstruační obtíže atd.) + co na dítě a jeho obtíže nejlépe zabírá (např. klid na lůžku, podání nějakého léku nebo jiná alternativní léčba...):

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

## **B) Multimédia**

Souhlasím s pořizováním audiovizuálních materiálů (fotografie, videa, záznam zvuku atd.) a případným zveřejněním těchto materiálů pro marketingové účely Klubu Čtyřlístek případně distribuci mezi účastníky tábora.

## **C) Táborový řád**

Beru na vědomí, že na tábor nepatří cennosti, drahé šperky, mobilní telefony, počítače a jiná elektronika, zábavní pyrotechnika, cigarety, alkohol, nadměrné množství sladkostí apod. V případě

porušení tohoto nařízení organizátor za ztrátu či poškození cenných věcí neručí. Nepatřičné předměty mohou být vzaty do úschovy a navráceny na konci tábora. Prohlašuji, že беру на vědomí odpovědnost za škody, které může moje dítě způsobit na vybavení. V případě finančních nákladů na opravu poškozeného zařízení se zavazuji tuto škodu uhradit. Prohlašuji, že беру на vědomí, že každý účastník tábora podléhá táborovému řádu a podrobuje se pokynům dospělých pracovníků. Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora bez nároku na vrácení ceny za tábor. Prohlašuji, že jsem se seznámil se všemi pokyny pořadatele tábora a беру на vědomí, že neuvedení důležitých okolností o zdravotním stavu, špatné vybavení či nekázeň mohou být důvodem k vyloučení účastníka z tábora a že v těchto případech jsem povinen účastníka neprodleně na vlastní náklady dopravit z tábora.\*

**Dne:** .....

**Podpisy zákonných zástupců nezletilého:**

.....

**Souhlas zákonných zástupců s poskytováním zdravotní péče dítěti a informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu a zdravotníkovi tábora**

1) V době konání letního pobytového tábora v TZ Pionýr Čimelice od 29. 6. 2024 do 13. 7. 2024 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu

mého nezletilého syna/dcery ....., nar. ....

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů hlavní vedoucí tábora Janě Vančurové, nar. 8.12.1973, a zdravotníkovi tábora, ..... nar. .... a určuji je tímto osobami, na jejichž přítomnost má můj nezletilý syn/dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1., a to ve shora uvedeném období.

2) Souhlasím s tím, aby v případě potřeby byla mému synovi/mé dceři v době konání akce poskytnuta akutní péče ve smyslu § 5 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách bez mého souhlasu dle rozhodnutí lékaře.

3) Beru на vědomí, že в případě potřeby (určí tak lékař) se budu muset bezodkladně dostavit do příslušného zdravotnického zařízení k udělení souhlasu s poskytnutím zdravotnických služeb mému nezletilému synovi/mé nezletilé dceři a zavazuji se poskytnout v této věci veškerou potřebnou součinnost.

4) Prohlašuji, že в případě zvláštních okolností, zejména onemocnění mého dítěte, zajistím jeho bezodkladný individuální odvoz z místa konání akce před stanoveným termínem ukončení akce.

Prohlašuji tímto, že в době konání akce je možné mne kontaktovat на tomto telefonním čísle:

Příjmení, jméno: ..... telefonní číslo: .....

Příjmení, jméno: ..... telefonní číslo: .....

**Podpisy zákonných zástupců nezletilého:**

.....

**Sem prosím nalepte kopii kartičky pojišťovny.**