



## Nástupní list dítěte do tábora YMCA

\_\_\_\_\_

*jméno a příjmení*

\_\_\_\_\_

*datum narození*

\_\_\_\_\_

*trvalé bydliště*

**Kontakt na rodiče během tábora:**

**Jméno:**

**Telefon:**

**Adresa:**

### ***Prohlášení rodičů ze dne odjezdu na tábor:***

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a orgán ochrany veřejného zdraví (hygienik) ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno účasti na táboře.

Beru na vědomí, že pořadající osoba má povinnost zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví všech účastníků během konání tábora. Beru na vědomí, že nečinnost pořadající osoby nebo vedoucích a pracovníků tábora není v případě úrazů a náhlých onemocnění žádoucí.

Jsem si vědom, že je mou povinností informovat pořadající osobu o změně zdravotní způsobilosti a zdravotních obtížích dítěte (např. alergie, dieta, léky), zahrnující i povinnost předložit příslušné odborné vyjádření lékaře.

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.

**Místopřísežně prohlašuji, že údaje uvedené na nástupním listu odpovídají skutečnosti k dnešnímu dni. Jsem si vědom/-a právních důsledků, pokud by údaje nebyly pravdivé.**

V.....dne..... podpis.....

Zde nalepte fotokopii průkazu  
pojištěnce zdravotní pojišťovny  
nebo zdravotníkovi tento průkaz odevzdejte

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

## Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé\*)
- b) není zdravotně způsobilé\*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*/ \*\*

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

## Část B) Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE\*
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
- d) je alergické na
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

Poznámka: \* Nehodící se škrtněte \*\* Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

Datum vydání posudku:

.....  
podpis, jmenovka lékaře  
razítko zdravotnického zařízení

**Poučení:** Proti části A tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 46 zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k dítěti:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....  
podpis oprávněné osoby