

ZDRAVOTNÍ LIST + BEZINFEKČNOST DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu. Dítě je úplně zdravé, nemá psychické problémy, nejví známky akutního onemocnění (průjem, zvracení, teplota apod.), infekčního onemocnění 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 nemá rýmu, kašel, zvýšenou teplotu, ztrátu chuti a čichu, bolesti hlavy. Dítě je schopno účasti na příměstském táboře u koní.

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

Upozorňuji také táborového zdravotníka na nutnost brát zřetel na některé obtíže mého dítěte (např. astma, alergie užívané léky apod.):

Nejčastější choroby:

Alergie:

Astma:

Epilepsie:

Léky (způsob užívání):

Jiné zdravotní zvláštnosti a omezení:

Omezení jídelníčku:

Plavec — plavec začátečník — neplavec

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka a hl. vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, tato ošetření uhradit.

Souhlasíme s tím, že osobní údaje budou archivovány jen po dobu nezbytně nutnou, a to v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Souhlasíme s fotografováním dítěte v rámci činnosti a s použitím fotografií při prezentaci a propagaci (Web, Facebook, Instagram).

Zákonný zástupce dítěte souhlasí s jízdou na koni, prohlašuje, že je dítě schopno zúčastnit se výcviku, a že je řádně pojištěno proti úrazu, a v případě úrazu nebude požadovat náhradu škody. Je srozuměn s možným rizikem úrazu při ošetřování, práci, výcviku a jízdě na koni a veškerých dalších činnostech provozovaných v areálu ranče.

Dne:.....

Podpis zákonného zástupce:

Zde nalepte fotokopii průkazu pojištěnce zdravotní pojišťovny nebo tento průkaz odevzdejte vedoucímu tábora