POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno a příjmení: ………………………………………………… **Datum narození:** …………………………………………………

Škola: ………………………………………………… **Třída:** …………………………………………………

Akce: Adaptační kurz **Datum konání kurzu:** ……………………………………

Jméno, příjmení a tel. kontakt na zák. zástupce: ……………………………………………………………………………

Potvrzuji, že syn/dcera, jakož i žádný z příslušníků domácnosti, ve které syn/dcera žije, nemá a neměl/a během uplynulých 14 dnů lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu, změnu režimu nebo zvýšený lékařský dozor, není infekčně nemocný/á a nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, bolesti hlavy, v krku atd). Není mi též známo, že by v průběhu posledních 14 dnů přišel/přišla do styku s osobou, která je infekčně nemocná, má nebo měla lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu nebo je u ní podezření na výskyt infekčního onemocnění. A to vše bez ohledu na očkování. Jsem si vědom/a, že šíření infekčního onemocnění vědomé i z nedbalosti, je trestným činem a uvědomuji si právní následky, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

Podepsáno ke dni odjezdu …………… v ……………………… Podpis zákonného zástupce: ………………………………………………

Další zdravotní informace

Svým podpisem níže potvrzuji, že se syn/dcera podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním.

Syn/dcera má kontraindikaci proti očkování nebo lékům (uveďte lék/druh očkování i v případě, že se alergická reakce projevila jen jednou):

………

Syn/dcera pravidelně užívá tyto léky, které přikládám v podepsaném obalu:
(uveďte prosím potravinové intolerance/alergie/zdravotní omezení a názvy léků, které aktuálně syn/dcera užívá a popište dávkování)

………

Syn/dcera je (nehodící se škrtněte): - plavec - plave pouze s pomůckami - neplavec

Syn/dcera má jiná omezení (upřesněte, např. závratě…) ……………………………………………………………………

Souhlas s poskytnutím lékařského ošetření v případě úrazu či akutního onemocnění

Souhlasím v souladu se zákonem o zdravotních službách č.372/2011Sb. ve znění zákona č. 66/2013 Sb. s poskytnutím lékařského ošetření synovi/dceři v průběhu konání této mimoškolní akce. V případě, že úraz či onemocnění vyžaduje lékařské ošetření, ale není akutního rázu, nevyžaduje tedy odvoz rychlou záchrannou službou, souhlasím s odvozem syna/dcery do lékařského zařízení doprovodným vozidlem organizátora: **ANO** **NE** (nehodící se škrtněte).

V případě onemocnění či úrazu mého dítěte, které bude zamezovat další účasti na školní akci, se zavazuji zajistit jeho odvoz na vlastní náklady.

Souhlasím s tím, aby se můj syn/má dcera zúčastnil/a akce organizované společností VERTIGO ACTIVE CLASS, s.r.o..

Souhlasím s dopravou mého dítěte v rámci této akce smluvní dopravou.

Souhlasím s tím, že v souvislosti s účastí mého dítěte na této školní akci budou organizátorem zpracovány osobní údaje syna/dcery, a to především jméno, příjmení, datum narození, adresa trvalého bydliště pro účely ubytování, jméno, příjmení a tel. kontakt u zákonného zástupce, potvrzení o bezinfekčnosti bude po ukončení kurzu navráceno škole.

V……………………………… dne:………………… Podpis zákonného zástupce: ………………………………………………