



ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK DÍTĚTE



Příjmení: _____ Jméno: _____ Přeždívk: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Kontaktní osoba, tel. číslo: _____

LÉKY

Název _____ Dávkování _____

POTÍŽE, NEMOCI, ALERGIE

OMEZENÍ – zdravotní problém, který vyžaduje omezení v některých činnostech

Dítě je **PLAVEC/NEPLAVEC**.

Souhlas zákonných zástupců s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce:

V době konání skautského letního tábora v Horních Vilémovicích, tj. od 6. 7. 2021 do 15. 7. 2022 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mé nezletilé dcery ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“) Anně Polákové (zdravotnici tábora), nar. 3. 12. 1998, bytem Štefánikova 14, Brno 602 00, Lucii Koudelkové (vůdkyni tábora), nar. 20. 1. 2002, bytem K Babě 11, Brno 621 00 a Lee Danielové (zástupkyni vůdkyni tábora), nar. 24. 9. 2003, bytem K Babě 7, Brno 621 00.

Tento souhlas uděluji na dobu neurčitou, mohu jej však kdykoliv odvolat.

V Brně dne _____ 2022

_____ podpis rodičů nebo zákonných zástupců

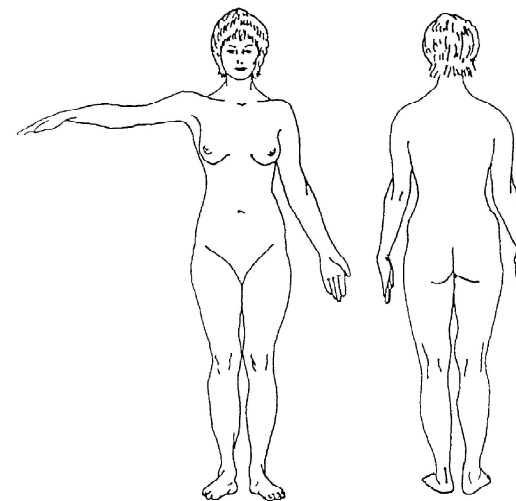
ZÁZNAM O OŠETŘENÍ DÍTĚTE NA TÁBOŘE V HORNÍCH VILÉMOVICÍCH

(Informace rodičům o zdravotním stavu dítěte během tábora)

Sdělujeme Vám, že Vaše dítě v průběhu skautského tábora konaného v termínu 6.–15. 7. 2022

v Horních Vilémovicích:

- onemocnělo _____
- utrpělo úraz _____
- přišlo do styku s infekcí _____
- přikládáme/nepřikládáme zprávu ošetřujícího lékaře.
- mělo přisátá klíšťata (viz obrázek)



Klíšťata mohou přenášet infekční nemoci – klíšťový zánět mozkových blan, lymfskou boreliózu a další. Proto je nutné po dobu několika měsíců ode dne odstranění klíštěte sledovat možné příznaky onemocnění: zvýšená teplota, bolesti hlavy, bolesti kloubů, příznaky připomínající chřipku, nechutenství, červená zvětšující se skvrna v místě přisátí. V případě, že se i po delší době objeví i jen jediný z vyjmenovaných příznaků, navštivte dětského lékaře a předejte mu toto sdělení.

Pořádající organizace: Junák – český skaut, středisko Kompas Brno, z.s.

Dne _____ . 7.2022

_____ podpis zdravotníka tábora

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že moje dítě RČ..... splňuje následující podmínky:

- 1) lékař dítěti nenařídil změnu režimu, dítě nejeví známky onemocnění (průjem, teplota apod.) a ani hygienik ani lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních dvou týdnech do styku s infekční chorobou, nebo s vešmi,
- 2) u dítěte se neprojevují a v posledních dvou týdnech se neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.)

Kontroloval/a jsem, že dítě nemá vši.

V případě nálezu vši u dítěte nebo zjištění porušení výše zmíněných bodů v průběhu tábora si vyhrazujeme právo dítě poslat domů bez nároku na vrácení peněz nebo požadovat příspěvek na přípravky pro zbavení vši.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly v případě nepravdivosti tohoto prohlášení.

V Brně dne _____ 2022
(nejdříve 1 den před odjezdem)

Podpis rodičů nebo zákonných zástupců