LĚKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZPŮSOBILOSTI ZÚČASTNIT SE ADAPTAČNÍHO TÁBORA

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti:

1. Schopen/schopna bez omezení.
2. Schopen/schopna s omezením: _____
3. Neschopen/neschopna

Řádné očkování: ANO/NE
Jiná očkování: _____

Pravidelně užívá léky: ANO/NE pokud ANO, jaké:_____

Datum: _____ razítko a podpis lékaře _____

Prohlášení zákonného zástupce dítěte ze dne, kdy dítě odjíždí Adaptační tábor

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil-mému dítěti bytem _____

_____ změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. teplota, průjem) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech moje dítě přišlo o do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Další informace o dítěti (zdravotní pojišťovna, léky, alergie, jiné …)

Dítě je schopno zúčastnit se tábora od _____ do _____
Jsem si vědom právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V _____ dne _____ _____

jméno a podpis zákonného zástupce

Toto potvrzení předá každé dítě při příjezdu na tábor.