

Prohlášení rodičů

Souhlasím s účastí svého syna na letním táboře Junáka – českého skauta, střediska Stopadesáttrojka Brno, z. s. v termínu 30. června - 20. července 2024. Po dobu konání tábora předávám zodpovědnost za svého syna vedoucímu tábora.

Prohlašuji, že uhradím v požadovaném termínu případné hotově placené lékařské ošetření, dokoupené vybavení (v případě potřeby vybavení nad 100 korun bude konzultováno s rodiči telefonicky) a úmyslně poškozený materiál.

Beru na vědomí, že je potřeba dbát táborových pravidel a pokynů vedoucích.. Při opakovaném porušování pravidel tábora si vedoucí tábora vyhrazuje právo člena vyloučit z akce a zákonný zástupce se zavazuje že si dítě v případě jeho vyloučení z tábora odveze na vlastní náklady. Souhlasím v případě kladného zůstatku táborového hospodaření ponechat středisku a oddílu tento přebytek pro další činnost a práci s dětmi.

Podpis zákonného zástupce dítěte ze dne odjezdu na tábor:.....

Souhlas s používáním sportovního vybavení

Souhlasím, aby se můj syn v průběhu letního tábora Junáka – českého skauta, střediska Stopadesáttrojka Brno, z. s. v termínu 30. června - 20. července 2024 účastnil programu využívajícím následující vybavení a mohl toto vybavení používat: kolo s příslušenstvím, loď s příslušenstvím, horolezecké vybavení (lana, úvazky, jistící prostředky). Zodpovědný vedoucí bude v plném rozsahu (dítě v dostatečném rozsahu) informován o bezpečnosti a pravidlech používání výše uvedeného technického vybavení.

Podpis zákonného zástupce dítěte ze dne odjezdu na tábor:.....

Dotazník o zdravotním stavu dítěte (anamnéza) pro účely skautského tábora 2024

Prosím vyplňte čitelně. Informace jsou pro nás důležité.

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Váha dítěte: kg (pro případné dávkování léčivých přípravků)

Trpí dítě nějakou přecitlivělostí, alergií, astmatem apod.? Popište včetně projevů a alergenů.

.....
.....
.....

Má dítě nějakou trvalou závažnou chorobu? (epilepsie, cukrovka apod.)

.....
.....

Užívá Vaše dítě trvale nebo v době konání tábora nějaké léky? Kolikrát denně, v kolik hodin a v jakém množství?

.....
.....
.....

Setkalo se dítě v době půl roku před začátkem tábora s nějakou infekční chorobou?

.....
.....

Bylo dítě v době jednoho měsíce před začátkem tábora nemocné?

.....
.....

Je dítě schopné pohybové aktivity bez omezení? Pokud ne, jaké je to omezení?

.....
.....

Jiné sdělení (pomočování, různé druhy fobií nebo strachu, činnosti nebo jídla, kterým se dítě vyhýbá, hyperaktivita, zvýšená náládovost, specifické rady nebo prosby atd.):

.....
.....

Prohlašuji, že mé dítě: dovede / nedovede plavat *

* nehodící se škrtněte

Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu a zdravotníkovi akce:

V době konání letního tábora, jehož pořadatelem je Junák, svaz skautů a skautek ČR, středisko Stopadesáttrojka Brno, z. s., a to v termínu 30. 6. - 20.7. 2024 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte (jméno a příjmení), nar. ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

panu Kryštofovi Popelkovi (vedoucímu tábora)
nar. 17.6. 1996, bytem Kopečná 32, Brno 602 00

a

panu Davidu Kocmanovi (zdravotníkovi akce)
nar. 22.2. 2006, bytem Oblá 77, Brno 634 00

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

telefonní číslo:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

telefonní číslo:

V dne.....

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

.....
příjmení, jméno příjmení, jméno

.....
podpis podpis



PROHLÁŠENÍ

O BEZINFEKČNOSTI ÚČASTNÍKA TÁBORA

Prohlašuji, že osobě (datum narození:)
ošetřující lékař nenařídil změnu režimu, uvedená osoba nejeví známky akutního onemocnění (průjem, zvýšená teplota atd.), neprojevují se u ní a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (horečka, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, náhlá ztráta chuti a čichu apod.) a hygienik ani ošetřující lékař jí nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech přišla tato osoba do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí nebo byly podezřelé z nákazy či jim bylo nařízeno karanténní opatření. Uvedená osoba je schopna se zúčastnit skautského tábora v termínu 30. 6. - 20. 7. 2024.

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto moje prohlášení bylo nepravdivé. V

..... dne (ne dříve než 1 den před odjezdem)

..... (podpis zákonného zástupce účastníka, nebo podpis dospělého účastníka, ze dne odjezdu na tábor)

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

(podle přílohy č.3 k vyhlášce č.106/2001 Sb. Posudek vydává praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje)

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 nebo**

škole v přírodě: a) je zdravotně způsobilé*) b) není zdravotně způsobilé*) c) je zdravotně způsobilé za podmínky*) (s omezením) Posudek je platný 24 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).....

Datum vydání posudku: podpis, jmenovka lékaře:.....

razítko zdrav. zařízení:

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení §77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby Vztah k

dítěti Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

..... Podpis oprávněné osoby

*) Nehodící se škrtněte