

Vážení rodičia,

súčasťou prihlášky dieťaťa do nášho letného tábora je aj nasledujúci súbor otázok, ktoré sa týkajú zdravotného stavu Vášho syna/dcéry a zároveň Vaše vyhlásenie.

Tento formulár nám poskytuje všetky informácie, ktoré je potrebné vedieť pri prípadných zdravotných problémoch, resp. hospitalizácii dieťaťa.

Prosíme vás o jeho dôkladné vyplnenie.

Vyplní rodič:

VYHLÁSENIE

MENO:	VEK:	VÝŠKA:	VÁHA:
PRIEZVISKO:	NÁZOV A KÓD POISŤOVNE:		
BYDLISKO:			
TELEFÓN: /domov aj do práce/	- OTEC - MATKA		

Vaše dieťa je v letnom tábore – prvý krát / opakovane?

Zároveň vyhlasujem, že moja dcéra / môj syn neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, žeby dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový, zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V dňa

.....
**Meno, priezvisko, adresa, telefón a podpis
zákonného zástupcu**

PROSÍME PRILOŽIŤ:

- všetky užívané lieky /predpísané aj kupované/ na dobu trvania tábora /14dní/
- kartičku poistenca /deti zo zahraničia potvrdenie o zaplatení poistenia/
- 1 ks elastické ovínadlo!

Vyplní lekár:

POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAĽA

Závažné ochorenia – priedušková astma, epilepsia, cukrovka, ochorenia krvi, obličiek, močového mechúra, gynekologické ochorenia, poruchy trávenia, iné?

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

Alergické ochorenia – potraviny, lieky, alergia na prach, peľ, kožné alergie /napr. po opaľovaní/, alergická reakcia na uštipnutie /hmyzom, hadom/ - ak áno, aký je priebeh /dýchavica, triaška, opuch hrtana, zdurené uzliny, strata vedomia a pod./ a ako bol tento stav liečený, iné alergie?

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

Pohybová aktivita:

- bez obmedzenia
- s obmedzením /beh, skoky, dlhé turistické trasy.../
- plavec / neplavec

Stravovanie: -špeciálna diéta? - bez obmedzenia

Posledné prekonané ochorenie – aké, kedy:

.....
.....

Má dieťa akékoľvek obmedzenie?

.....
.....

Poznámky:

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

Dieťa dlhodobo užíva tieto lieky:

NÁZOV	DÁVKOVANIE	GRAMÁŽ

.....
Dátum

.....
Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára