

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

O NEEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Jméno a příjmení (dítěte/účastníka LT)

.....

Datum narození.....

Trvale bytem.....

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte/účastníka LT neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (např. kašel, horečka, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.).
2. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na táborových aktivitách.
3. Prohlašuji, že si nejsem vědom, že by výše uvedené dítě/účastník LT přišel do styku s osobou nakaženou virovým onemocněním COVID-19 nebo s osobou, která vykazovala symptomy tohoto.

V.....

Dne.....

.....

Podpis zákonného zástupce nezletilého
nebo Podpis zletilého účastníka LT

Osoby s rizikovými faktory

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami
2. Chronické onemocnění plic (zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. Hypertenze.
4. Porucha imunitního systému, např. a) při imunosupresivní léčbě (steroidy, HIV apod.) b) při protinádorové léčbě c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně
5. Těžká obezita (BMI na 40kg/m²)
6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (dialýza)
8. Onemocnění jater (primární nebo sekundární)

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.

Zmocnění a určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Údaje zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: nar. Dne.....

Kontakt (telefon a e-mail):

Údaje nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení.....nar. Dne:

Trvale bytem.....

Jako zákonného zástupce zmocňuji:

Liběnu Řápkovou: nar. 17.05.1997, trvale bytem Bořanovice, Pivovarská 50, 250 65

Liběnu Řápkovou: nar. 23.07.1966, trvale bytem Bořanovice, Pivovarská 50, 250 65

aby po dobu konání letního tábora POHODA dětem, z.s. tj. od 09.08.2026 do 21. 08. 2026

udělovala za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jejichž potřeba v této době nastane (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí). Současně souhlasím s tím, aby ve shora uvedené době byl zmocněnec informován o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení §31 zák.č.372/2011Sb.

Zároveň určuji Liběnu Řápkovou ml. a Liběnu Řápkovou st. jako osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má moje nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb podle §28 odst. 3 písm.e) bod 1, a to ve shora uvedené době konání letního tábora POHODA

Vdne.....

podpis zákonného zástupce

.....

Adresy zákonných zástupců dosažitelných v době tábora

Jméno a příjmení.....

adresa..... telefon.....

Souhlasím s cílem a programem tábora. Budu respektovat instrukce pořadatele. Je mi známo, že každý účastník tábora podléhá táborovému řádu a je povinen uposlechnout pokynů vedoucích. Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora. Jsem si vědom, že bez odevzdání řádně vyplněného „Nástupního listu“ a „Posudku o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci“, „Čestného prohlášení“, a „Souhlas se zpracováním osobních údajů“, nebude účastník do tábora přijat.

Souhlasím s tím, že v průběhu tábora bude pořadatel provádět fotografickou dokumentaci průběhu tábora a vytvořené fotografie může použít pro reportážní, propagační a jiné účely související s činností a posláním POHODA dětem, z.s. Zároveň se zavazuji, v případě nutnosti ošetření mého dítěte lékařem, zpětně uhradím případné regulační poplatky u lékaře.

.....
datum

.....
podpis zákonného zástupce

Toto prohlášení musí být vystaveno a podepsáno v den nástupu na tábor.