



## Prohlášení o bezinfekčnosti

### Nesmí být starší než 1 den!

Prohlašuji, že moje dítě \_\_\_\_\_ narozené dne \_\_\_\_\_, trvale bytem \_\_\_\_\_ nepřišlo v posledních třech týdnech před nástupem na tábor do styku se zdrojem přenosné nemoci a ani mu nebylo uloženo karanténní opatření obvodním nebo dětským lékařem. Prohlašuji, že obsah tohoto prohlášení odpovídá skutečnosti.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce dítěte \_\_\_\_\_

---

### Adresy zákonných zástupců dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání tábora

1. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

2. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### UPOZORNĚNÍ zákonných zástupců dítěte:

Alergie na \_\_\_\_\_  
Užívání léků (název) \_\_\_\_\_  
Doba užívání \_\_\_\_\_

Zde prosím nalepte kopii obou stran karty zdravotní pojišťovny Vašeho dítěte:

1. Strana průkazu  
zdravotní pojišťovny

2. Strana průkazu  
zdravotní pojišťovny

---

### Prohlášení zákonného zástupce k odchodu dítěte z tábora:

Souhlasím / nesouhlasím s tím, že mé dítě bude po ukončení aktivit příměstského tábora chodit domů samostatně.

Osobou, která bude dítě vyzvedávat je \_\_\_\_\_ . (jméno, příjmení)  
Osobou, která bude dítě vyzvedávat je \_\_\_\_\_ . (jméno, příjmení)

Současně sděluji, že je mi známo, že každý účastník podléhá táborovému řádu a podrobuje se ve všem pokynům vedoucích. Nedodržení táborového řádu může mít za následek i vyloučení z tábora.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce dítěte: \_\_\_\_\_